

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**Faculdade de Medicina de Lisboa**



**A EXPERIÊNCIA VIVIDA DOS PROFISSIONAIS  
DE MEDICINA COM PEDIDOS DE EUTANÁSIA  
E DE SUICÍDIO MEDICAMENTE ASSISTIDO**

**Tatiana dos Santos Marques**

**Orientadora: Professora Doutora Graça Carapinheiro**

**Coorientador: Professor Doutor António Barbosa**

**Dissertação especialmente elaborada para  
obtenção do grau de mestre em Bioética**

**2016**

**A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora  
do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa  
em reunião de 20 de Dezembro de 2016.**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**Faculdade de Medicina de Lisboa**



**A EXPERIÊNCIA VIVIDA DOS PROFISSIONAIS  
DE MEDICINA COM PEDIDOS DE EUTANÁSIA  
E DE SUICÍDIO MEDICAMENTE ASSISTIDO**

**Tatiana dos Santos Marques**

**Orientadora: Professora Doutora Graça Carapinheiro**

**Coorientador: Professor Doutor António Barbosa**

**Dissertação especialmente elaborada para  
obtenção do grau de mestre em Bioética**

**2016**

## Vastos Campos

*Vou fazer-te uma confidência, talvez tenha já começado a envelhecer e o desejo, esse cão, ladra-me agora menos à porta. Nunca precisei de frequentar curandeiros da alma para saber como são vastos os campos do delírio. Agora vou sentar-me no jardim, estou cansado, Setembro foi mês de venenosas claridades, mas esta noite, para minha alegria, a terra vai arder comigo. Até ao fim.*

Eugénio de Andrade, *Memória Doutro Rio*, 1978

## Agradecimentos

Aos sete médicos e às duas médicas que se disponibilizaram a participar na investigação dedico o meu sincero agradecimento por me terem permitido ouvir as suas histórias e terem manifestado confiança em mim para partilhá-las, da forma mais honesta que soube fazê-lo, neste documento.

Aos informadores privilegiados expresso a minha gratidão por, nos corredores hospitalares e nos gabinetes médicos, me terem acolhido e revelado possíveis caminhos que viabilizaram o estudo.

À Professora Doutora Graça Carapinheiro agradeço a exímia orientação desta dissertação e todo o seu carinho durante este sinuoso percurso, expressando ainda publicamente a minha profunda gratidão por ter marcado indelevelmente a escolha do meu percurso de investigação sociológica.

Ao Professor Doutor António Barbosa agradeço a coorientação atenta e vigilante da dissertação, manifestando-lhe também o meu sincero agradecimento pelo seu sempre incondicional apoio ao longo desta minha já longa incursão nos meandros da bioética.

Ao Professor Doutor Manuel Villaverde Cabral agradeço as nossas conversas perdidas nas horas e nos sorrisos, assim como as suas palavras de força e de incentivo, das quais nunca me esqueci.

Às minhas famílias, de sangue e de coração, que conferem sentido ao meu mundo de vida.



## Resumo

**Contexto:** Existe evidência empírica de que alguns médicos oncologistas portugueses receberam pedidos explícitos, persistentes e bem-refletidos de eutanásia (EUT) e suicídio medicamente assistido (SMA), formulados por pessoas com doenças incuráveis, avançadas e progressivas. Todavia, pouco se sabe sobre o modo como os oncologistas e os médicos portugueses de outras especialidades experienciam os pedidos de morte medicamente assistida (MMA), interpretam esses pedidos, deliberam e respondem aos doentes que lhes solicitam ajuda médica para morrer.

**Objetivos:** Compreender a natureza das experiências vividas por profissionais de Medicina com pedidos de EUT e SMA que lhes foram dirigidos por doentes adultos e mentalmente competentes durante a prática clínica. Apreender e interpretar os múltiplos significados que as experiências com pedidos de MMA tiveram para os médicos que as vivenciaram.

**Metodologia e Participantes:** Investigação fenomenológico-hermenêutica, de cariz exploratório, descritivo e interpretativo, na qual participaram nove médicos portugueses, especialistas em Anestesiologia, Medicina Interna e Paliativa, Hematologia Clínica, Oncologia Médica, Nefrologia e Neurologia, que exercem e exerceram até à reforma a prática clínica em unidades hospitalares públicas e privadas. O material experiencial sobre os pedidos de EUT e de SMA foi recolhido entre Junho e Outubro de 2014, através de entrevistas semi-diretivas, áudio-gravadas e transcritas na íntegra; tendo sido, posteriormente, submetido a análises temáticas para descobrir os seus núcleos de sentido.

**Resultados:** Quatro temas fenomenológicos emergentes das entrevistas. Tema I-Estar Aberto para Ouvir os Pedidos de MMA revelou que ficar para ouvi-los foi uma escolha difícil e que a receção de pedidos explícitos foi a mais frequente, tendo sido raros os pedidos implícitos. Todos os médicos receberam pedidos de EUT, tendo os pedidos de SMA sido recebidos só por dois médicos. Tema II-Interpretar e Explorar os Significados dos Pedidos de MMA: a interpretação incluiu manifestações de sofrimento existencial/altruísta, racionalização da situação clínica e ausência de esperança, perda de autonomia, redução da qualidade de vida e degradação física; tendo a exploração de pedidos-fracassos de EUT sido evitada por evasão, a exploração de pedidos-ordens de EUT sido bloqueada por inaptidão; e a exploração de pedidos de MMA sido consolidada por escarpelização. Tema III-Responder aos Pedidos de MMA traduziu-se na recusa explícita pela maioria dos entrevistados, que em alternativa implementou três decisões médicas em fim de vida: controlo sintomático e cuidados paliativos (três médicos), a par da sedação paliativa (três médicos). Atipicamente, a recusa explícita de um pedido de EUT, a par da permissão implícita da concretização do plano de um doente (colega de profissão) e um membro próximo da família (enfermeira), ocorreu uma vez. Os únicos dois médicos que aceitaram pedidos de MMA estiveram, respetivamente, envolvidos num ato de SMA (prescrevendo fármacos em doses letais e fornecendo instruções necessárias para a utilização dos mesmos por parte de um doente que faleceu sem os ter auto-administrado) e em quatro atos de EUT (administrando fármacos em doses letais a doentes e a amigos que morreram na sequência da hetero-administração desses fármacos). Estas sete respostas negativas aos pedidos de MMA foram justificadas com base em restrições deontológicas e constrangimentos legais,

enquanto as respostas positivas aos pedidos de SMA e de EUT atenderam às circunstâncias específicas dos doentes e dos amigos com quem haviam pré-estabelecido duradouras relações terapêuticas e de amizade (a par de relações profissionais, num caso). Tema IV-Refletir sobre os Pedidos de MMA recebidos implicou: olhar para trás e reviver experiências perturbadoras, conflitantes e emocionalmente dolorosas com pedidos e com práticas ilícitas de MMA; olhar em frente e constatar que a maioria dos entrevistados é tendencialmente favorável à legalização da MMA em Portugal, mas teria sérias reservas a prestar auxílio no suicídio e, sobretudo, a estar envolvido em práticas de EUT; e observar a existência de um código de silêncio sobre as práticas subterrâneas de MMA no momento presente.

**Conclusão:** Os entrevistados revelaram que a experiência da recepção de pedidos de MMA é um fenómeno raro no decurso das suas trajetórias profissionais, isto apesar de ter causado um forte impacto emocional e desafiado as suas fronteiras morais. Enquanto a maioria dos médicos os recusou liminarmente, uma minoria de entrevistados sentiu-se compelida a aceitar os pedidos de MMA formulados por doentes e por colegas de profissão com quem mantinham longas relações terapêuticas e de amizade. Estas práticas subterrâneas de EUT e SMA foram silenciadas e mantidas em segredo, num ambiente de cumplicidade e conluio. Os médicos envolvidos na prestação de cuidados em fim de vida precisam de encontrar um lugar seguro na profissão para partilhar as suas experiências com pedidos de MMA e beneficiariam da implementação de um modelo colaborativo e de consultoria para discuti-los, que incluísse o acesso regular a cuidados paliativos, aconselhamento psiquiátrico e o parecer célere das comissões de ética hospitalares.

**Palavras-chave:** eutanásia; suicídio medicamente assistido; morte medicamente assistida; pedidos; experiência vivida; fenomenologia hermenêutica

## Abstract

**Background:** There is empirical evidence that some Portuguese oncologists have received explicit, persistent and consistent requests for Euthanasia (EUT) and Physician-Assisted Suicide (PAS) from patients with progressive, advanced and incurable diseases. However, little is known about how Portuguese oncologists and physicians from different specialties experience those requests for Physician-Assisted Death (PAD), understand them, deliberate and answer to patients who ask for their help to die.

**Objectives:** Understand the nature of physicians' lived experiences with requests for EUT and PAS made by mentally competent adult patients throughout their clinical practice. Uncover and interpret the multiple meanings embedded in physicians' lived experiences with requests for PAD.

**Methods and Participants:** Hermeneutic phenomenological research. Based on the chosen research method, an exploratory, descriptive and interpretative approach was adopted to study the physicians' lived experiences with requests for PAD. Semi-structured interviews were conducted with nine Portuguese physicians from a broad range of medical (sub-) specialties (Anesthesiology, Internal Medicine, Palliative Medicine, Clinical Hematology, Medical Oncology, Nephrology and Neurology) who are currently practicing, or practiced until the retirement, in public and private hospital care units. A total of nine face-to-face interviews were performed between June and October 2014, audiotaped and fully transcribed. The experiential material gathered from all interviews was submitted to thematic analysis seeking to gain meaningful insights of physicians' experiences with requests for EUT and PAS.

**Results:** Four major themes emerged from the interviews. Theme I-Being Open to Hear Requests for PAD revealed that staying present and being open to hear requests was a difficult choice for all physicians, who most frequently received explicit requests instead of implicit ones. Although only two physicians received PAS requests, all of them reported having received EUT requests. Theme II-Interpreting and Exploring the Meanings of Requests for PAD: physician's perceptions of patient's reasons for requesting physician aid in dying included a combination of factors related to existential and altruistic suffering, rationalization of medical conditions with poor prognosis, hopeless, loss of autonomy, poor quality of life, and physical deterioration; three physicians avoided to explore requests for EUT that were perceived as a result of clinical failure (evasive actions), only two physicians were unable to explore authoritarian requests for EUT (blocked actions), while four physicians were able to dig deeper into EUT and PAS requests (reinforced actions). Theme III-Responding to Requests for PAD: most physicians (seven out of nine) unequivocally refused requests for EUT and have taken alternative end-of-life decisions, such as: controlled physical symptoms and provided palliative care (three physicians); initiated palliative sedation (three physicians). An atypical case of physician's explicit refusal of request for EUT is characterized by its concomitant implicit permission given to a patient (who was also a physician) and a close family member (who was a nurse) to pursue their plans to hasten dying without his interference but acknowledge. Only two physicians completely agreed with patients and friends' requests for PAD and were willing to help them die. Therefore, one physician provided a patient with a lethal dose of prescribed medication upon his request for PAS (who died without having self-administered the medication), and

other physician administered lethal doses of medications to patients and friends (one of them was also a physician) upon their requests for EUT. Negative answers to patient's requests for PAD were justified mainly on the basis of deontological and legal constraints (rule-oriented). Positive answers to requests for PAD, by contrast, were compelled to specific circumstances of long lasting patients or close friends (context-driven). Theme IV-Reflecting on previous Requests for PAD: looking back, physicians realized how disturbing, challenging and emotionally painful the past experiences with requests for EUT and illicit practices of EUT were for themselves. While looking ahead, most physicians tended to favor a legal change on PAD in Portugal, but they would remain cautious in providing assistance in suicide, as they would be even more reluctant to practice EUT on a regular basis. Most physicians admitted existing an unspoken code of silence about both requests for and practices of PAD nowadays.

**Conclusion:** Despite being a rare phenomenon over the course of their professional careers, physician's experiences with requests for PAD and practices of EUT had a tremendous emotional impact on them and challenged their moral boundaries. While most physicians in this study unequivocally refused requests for PAD, there were a few (two out of nine) physicians who felt compelled to accept one implicit request for PAS and four explicit requests for EUT, which were made by patients, very close friends and professional colleagues with whom they had established long-standing therapeutic relationships and friendships. The underground practices of EUT and PAS were kept secret and silenced by physicians who described tacit complicities and a collusion environment around them. Physicians providing end-of-life care need to find a safe place within profession to share their experiences with requests for PAD. They would also greatly benefit from the implementation of a collaborative and consultant model, including regular access to palliative care, psychiatric consultation, and a prompt assistance from hospital ethics committees.

**Keywords:** euthanasia; physician assisted suicide; physician assisted death; requests; lived experience; hermeneutic phenomenology

# Índice da Dissertação

<b>1. Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Conceptualização e Comparação entre Decisões Médicas em Fim de Vida .....</b>	<b>12</b>
2.1. Terminação da Vida .....	14
2.2. Morte Medicamente Assistida .....	14
2.2.1. Eutanásia .....	15
2.2.2. Suicídio Medicamente Assistido .....	26
2.2.3. Relação entre Eutanásia e Suicídio Medicamente Assistido .....	28
2.3. Decisões Médicas em Fim de Vida progressivamente enquadradas nas <i>Legis Artis</i> .....	31
2.3.1. Abstenção ou Suspensão Terapêutica .....	32
2.3.2. Controlo Sintomático da Dor com Efeito de Encurtamento do Tempo de Vida .....	37
2.3.3. Cuidados Paliativos .....	39
2.3.4. Sedação Paliativa .....	44
2.3.5. Cessação Voluntária de Alimentação e Hidratação .....	48
<b>3. Despenalização e Evolução das Práticas Legais de Morte Medicamente Assistida na Europa e nos Estados Unidos da América .....</b>	<b>50</b>
3.1. Morte Medicamente Assistida na Holanda .....	55
3.2. Suicídio Medicamente Assistido no Oregon .....	62
<b>4. Recepção de Pedidos e Práticas Ilegais de Morte Medicamente Assistida nos Estados Unidos da América e na Europa .....</b>	<b>68</b>
4.1. Recepção de Pedidos e Práticas Ilegais de Morte Medicamente Assistida nos Estados Unidos da América .....	73
4.2. Recepção de Pedidos e Práticas Ilegais de Morte Medicamente Assistida na Europa .....	76
4.2.1. Morte Medicamente Assistida em Portugal: Recepção de Pedidos, Práticas Subterrâneas e Enquadramento Ético-Legal .....	79

## Índice da Dissertação

<b>5. Estudo Fenomenológico sobre as Experiências Vividas por Médicos Portugueses com Pedidos de Eutanásia e Suicídio Medicamente Assistido .....</b>	<b>82</b>
5.1. Objetivos de Perguntas de Investigação .....	82
5.2. Método Fenomenológico .....	83
5.3. Participantes no Estudo .....	88
5.4. Procedimentos de Recolha e Análise do Material Experiencial .....	89
5.5. Critérios de Avaliação do Estudo .....	92
5.6. Considerações Éticas do Estudo .....	94
5.7. Apresentação e Discussão do Material Experiencial .....	96
5.7.1. Tema I – Estar Aberto para Ouvir os Pedidos de Morte Medicamente Assistida .....	100
5.7.2. Tema II – Interpretar e Explorar os Significados dos Pedidos de Morte Medicamente Assistida .....	109
5.7.3. Tema III – Responder aos Pedidos de Morte Medicamente Assistida .....	119
5.7.4. Tema IV – Refletir sobre os Pedidos de Morte Medicamente Assistida .....	134
5.8. Limitações do Estudo .....	146
<b>6. Conclusões .....</b>	<b>148</b>
<b>7. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>156</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>174</b>
Apêndice A – Parecer Favorável da Comissão de Ética CHLN/FML sobre o Projeto de Investigação .....	176
Apêndice B – Carta de Apresentação do Projeto de Investigação dirigida aos Médicos Potencialmente Participantes no Estudo .....	177
Apêndice C – Formulário de Consentimento Informado dirigido aos Médicos Participantes no Projeto de Investigação .....	178
Apêndice D – Guião de Entrevistas aos Médicos Participantes no Projeto de Investigação .....	181
Apêndice E – Transcrições de Entrevistas aos Médicos Participantes no Projeto de Investigação .....	183

## Índice de Quadros

Quadro 1. Decisões Médicas em Fim de Vida .....	12
Quadro 2. Legislação da Morte Medicamente Assistida na Europa e nos EUA .....	50
Quadro 3. Caracterização Socioprofissional dos Médicos Entrevistados .....	96
Quadro 4. Temas e Subtemas Fenomenológicos sobre a Experiência Vivida dos Profissionais de Medicina com Pedidos de Eutanásia e de Suicídio Medicamente Assistido .....	99

## Índice de Figuras

Figura 1. Subtipos de Eutanásia .....	18
Figura 2. Argumentos Favoráveis e Desfavoráveis à Despenalização da Morte Medicamente Assistida .....	81

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Frequência das Práticas de Morte Medicamente Assistida nos Países Europeus e Estados Norte-Americanos que a Despenalizaram, 1990, 1995, 2000-2015 ...	53
Tabela 2. Prevalência da Eutanásia, do Suicídio Medicamente Assistido e de Outras Decisões Médicas em Fim de Vida na Holanda, 1990, 1995, 2001, 2005, 2010 e 2015 .....	56
Tabela 3. Prevalência da Morte Medicamente Assistida, segundo as características dos doentes, na Holanda, 1990, 1995, 2001, 2005, 2010 .....	59
Tabela 4. Frequência das Prescrições de Medicação letal e das Mortes por Ingestão de Medicação Letal no Oregon, 1998-2015 .....	63
Tabela 5. Frequência das Mortes por Ingestão de Medicação Letal, segundo as características dos doentes, no Oregon, 1998-2015 .....	65
Tabela 6. Frequência de Pedidos e de Práticas Subterrâneas de Eutanásia e de Suicídio Medicamente Assistido entre os Profissionais de Medicina nos EUA .....	69
Tabela 7. Frequência de Pedidos e de Práticas Subterrâneas de Eutanásia e de Suicídio Medicamente Assistido entre os Profissionais de Medicina na Europa .....	71

## 1. Introdução

No momento que um profissional de Medicina se confronta com um pedido de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido, formulado por um doente mentalmente competente, esse apelo determina o elevado grau de complexidade da decisão a tomar e o desafio moral que tal decisão levanta. A experiência da recepção de um pedido de morte medicamente assistida (que conjuntamente designa a eutanásia e o suicídio medicamente assistido) é susceptível de envolver um profundo dilema ético para os médicos que a vivenciam, interpelando ainda a nossa reflexão quanto ao modo como estes profissionais de saúde abordam e respondem à seguinte pergunta: *“Doctor, I Want To Die. Will You Help Me?”*<sup>1</sup>. Mais importante do que procurar responder prontamente num registo dicotómico (sim ou não) é devolver ao próprio doente a sua pergunta, sob a forma de como é que pretende ser ajudado a morrer e o que é essa ajuda médica significa e implica para os cursos de ação a seguir na provisão de cuidados holísticos em fim de vida, de proximidade e de continuidade, de que são um exemplo, por excelência, os cuidados paliativos.

Posto isto, os médicos no exercício da prática clínica devem procurar encetar, tanto quanto for possível, todos os esforços necessários para reconhecer quando estão perante pedidos, explícitos ou implícitos, de morte medicamente assistida e para explorar o que é que os doentes lhes querem realmente dizer quando solicitam a sua colaboração para colocarem um fim à sua existência. Esta tentativa de avaliar a consistência e de aceder à génese dos pedidos pressupõe que os médicos façam uma escolha de permanecer presentes para ouvir os seus doentes e que estejam disponíveis para, na sequência dessa escuta ativa, os questionar sobre a origem do seu sofrimento e sobre as suas principais inquietações e receios. Reconhecendo a enorme dificuldade desta tarefa, Paul Bascom e Susan Tolle<sup>2(p94)</sup> apresentaram um vasto conjunto de questões que podem encaminhar os médicos na abordagem e na exploração aprofundada dos pedidos de morte medicamente assistida. Diversas recomendações já foram anteriormente desenvolvidas com este mesmo propósito de orientar os profissionais na aproximação aos apelos de ajuda médica para morrer, considerando as suas dimensões físicas, psicológicas, socioculturais e espirituais. Se, por um lado, Timothy Quill<sup>1,3</sup>, J. Andrew Billings e Susan Block<sup>4</sup> nos descrevem abordagens para lidar com os pedidos de morte medicamente assistida que contemplam a possibilidade de a morte ser antecipada com auxílio médico, por outro lado, Linda Emanuel<sup>5</sup> sugere-nos um protocolo que mantém interdito o acesso dos médicos à prestação de ajuda na terminação voluntária da vida.



Conforme nos informa a evidência empírica, por detrás de um apelo de ajuda médica para morrer existem, entre outras, motivações – concomitantes ou isoladas – relativas ao inadequado controlo de sintomas físicos (tais como: dor, dispneia e fadiga)<sup>6-15</sup> e de sintomas psíquicos (tais como: depressão, tristeza e ausência de esperança)<sup>16-23</sup>, ao sofrimento intolerável experienciado pelo próprio doente<sup>24-30</sup>, à auto-percepção de constituir uma sobrecarga para os seus cuidadores<sup>9-10,13-14,31-33</sup>, assim como à percepção subjetiva da perda de dignidade, das funções corporais e da autonomia<sup>8-10,14-15,31,34-35</sup>, à diminuição da qualidade de vida e ao desejo de controlar o processo de morrer<sup>10,14,32,36</sup>. Estes diferentes problemas devem ser alvo de intervenções de suporte social e de medidas paliativas que intentem na reversão dos pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido. Todavia, a literatura e evidência empírica<sup>37-41</sup>, a par do estudo que realizámos, provam a existência de pedidos de morte medicamente assistida que persistem, não obstante os esforços terapêuticos, de cariz paliativo, para apreender as diversas manifestações do sofrimento humano.

Com a reivindicação do “direito a morrer”<sup>42-43</sup> a assumir um crescente protagonismo em contextos sociais seculares, democráticos e moralmente pluralistas, a necessidade de estabelecer protocolos para lidar com pedidos firmes de morte medicamente assistida e outros instrumentos de apoio à decisão clínica na resposta a estes apelos torna-se cada vez mais imperativa. Inserimo-nos numa sociedade marcada pelo pluralismo moral, na qual “não há agora lugar para uma visão moral canónica, no sentido de ser indiscutível e de a todos abranger. Por isso, tão-pouco há lugar para a imposição pela força de uma qualquer moral, pois as concepções de bem divergem”<sup>44(p20)</sup>. É neste ambiente social moralmente pluralista que enquadrámos as várias abordagens e respostas aos pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido com os quais se deparam alguns médicos portugueses durante as suas trajetórias profissionais. Quando os pedidos são entendidos como uma expressão de autodeterminação individual consentânea com as convicções íntimas e os valores dos doentes, os médicos podem sentir-se compelidos por sentimentos de compaixão e pelas circunstâncias específicas dos doentes a responder positivamente aos apelos e a participar em atos ilícitos de eutanásia e auxílio ao suicídio que consideram ser benéficos. Por contraste, quando tais pedidos são entendidos como um grito de socorro e uma manifestação de desespero, ou pressupõem uma equivalência moral entre a causação intencional da morte e o ato de ‘matar’ injustificado, os médicos tendem a agir em conformidade com os códigos penal e deontológico em vigor no país e a responder negativamente a esses apelos, independentemente dos valores ou das situações particulares dos doentes. Estes diferentes entendimentos e estas respostas opostas a

tais apelos de ajuda médica para morrer evidenciam a pertinência de, no âmbito deste projeto de investigação, trazer à tona da discussão científica o fenómeno oculto da receção de pedidos de morte medicamente assistida que se encontra submerso na sociedade portuguesa.

Em virtude da ocultação e da invisibilidade deste fenómeno, pouco se sabe a respeito do quão frequentemente os médicos recebem pedidos sérios e persistentes de eutanásia e de suicídio medicamente assistido em Portugal; sendo ainda mais escasso, senão mesmo inexistente, o nosso conhecimento sobre o modo como os médicos portugueses experienciam a receção dos pedidos de morte medicamente assistida, averiguam os sentidos que lhes estão subjacentes, deliberam e respondem a tais apelos. Considerando a ausência de informação sobre o fenómeno em estudo, orientámos a pesquisa para a obtenção de respostas às duas questões desta investigação: Qual é a natureza das experiências vividas pelos médicos que, durante as suas práticas clínicas, já foram solicitados por um doente para o ajudar a morrer? O que é que tais experiências relativas ao facto de terem recebido, pelo menos, um pedido de eutanásia ou um pedido suicídio medicamente assistido significam para os profissionais de Medicina? Com o lançamento de ambas as questões, este projeto de investigação centrou-se em dois objetivos principais, a saber: no conhecimento da natureza das experiências vividas por médicos com a receção de pedidos de morte medicamente assistida; e na apreensão dos significados que tais experiências com pedidos de eutanásia e com pedidos de suicídio medicamente assistido tiveram para os próprios médicos que as vivenciaram.

Para enquadrar o desenvolvimento desta investigação fenomenológico-hermenêutica<sup>45-46</sup>, no âmbito da qual entrevistámos nove médicos portugueses que experienciaram a receção de pedidos de morte medicamente assistida (o fenómeno em estudo), procedemos à elaboração e à organização desta dissertação de mestrado nos seguintes moldes: conceptualização e comparação entre decisões médicas em fim de vida, incluindo a abstenção e suspensão terapêutica, o controlo sintomático, os cuidados paliativos, a sedação paliativa e a cessação voluntária de alimentação e hidratação (capítulo 2); despenalização e evolução das práticas legais de morte medicamente assistida na Europa e nos Estados Unidos da América, com enfoque nos casos da Holanda e do Oregon (capítulo 3); receção de pedidos e práticas ilegais de morte medicamente assistida nos Estados Unidos da América e na Europa, com especial destaque para o caso de Portugal (capítulo 4); enquadramento metodológico, apresentação e discussão dos resultados e das limitações deste estudo fenomenológico sobre as experiências vividas por médicos portugueses com pedidos de eutanásia e com pedidos de suicídio medicamente assistido (capítulo 5); conclusões (capítulo 6).

## 2. Conceptualização e Comparação entre Decisões Médicas em Fim de Vida

A iniciação de uma discussão bioética, significativa e aberta, sobre a morte medicamente assistida (MMA), e em perspetiva comparada com as demais decisões médicas em fim de vida (DMFV), exige uma clarificação da terminologia e dos conceitos utilizados para problematizar e abordar este fenómeno tão complexo e sensível no âmbito da prática clínica, em particular, e, em geral, para as sociedades ocidentais contemporâneas<sup>47-50</sup>. Partindo desta evidência, atualmente premente, procuramos dotar o questionamento ético-legal sobre a MMA de uma precisão terminológica e conceptual robusta, que permita enquadrar estas duas formas de terminação da vida humana decorrentes do pedido voluntário de um doente (eutanásia e suicídio medicamente assistido), a par da ocorrida na ausência de um pedido explícito (passível de ser entendida como um homicídio), no conjunto das restantes DMFV em análise, a saber: abstenção e suspensão terapêutica; controlo sintomático da dor com efeito de encurtamento do tempo de vida; cuidados paliativos; sedação paliativa; cessação voluntária de alimentação e hidratação (Quadro 1).

**Quadro 1: Decisões Médicas em Fim de Vida**

Categoria geral		Categoria específica	Princípio ético legitimador	Estatuto jurídico
Terminação da Vida	Voluntária	▪ Eutanásia	Beneficência	Ilegal ‡
	(Morte Medicamente Assistida)	▪ Suicídio medicamente assistido	Autonomia	Ilegal ‡‡
	Não-voluntária	▪ Terminação da vida sem um pedido explícito	Beneficência	Ilegal
Decisões Médicas em Fim de Vida progressivamente enquadradas nas <i>Legis Artis</i>		▪ Abstenção ou suspensão terapêutica	<div>▫ Recusa de tratamento</div> <div>▫ Diretiva antecipada de vontade</div> <div>▫ Futilidade terapêutica</div>	Autonomia
		▪ Controlo sintomático da dor com efeito de encurtamento do tempo de vida		Não-maleficência
		▪ Cuidados paliativos		Legal
		▪ Sedação paliativa	Beneficência	
		▪ Cessação voluntária de alimentação e hidratação	Autonomia	

Quadro construído a partir de John Griffiths, Heleen Weyers e Maurice Adams<sup>51(p53)</sup>, Timothy Quill<sup>50(p2031),52(p58)</sup> e António Barbosa<sup>48(p728)</sup>.

Notas: ‡ Na Europa, a eutanásia foi despenalizada na Holanda, na Bélgica e no Luxemburgo; permanecendo ilegal nos Estados Unidos da América.

‡‡ Na Europa, o suicídio medicamente assistido foi despenalizado na Holanda, na Bélgica e no Luxemburgo; enquanto, na Suíça, a assistência ao suicídio é praticada por agentes não-médicos. Nos Estados Unidos da América, o suicídio medicamente assistido foi legalizado no Oregon, em Washington, no Montana, em Vermont e na Califórnia.

A definição e a comparação entre estas últimas cinco decisões médicas em fim de vida (DMFV) realiza-se a fim de explorar o lugar ocupado pela morte medicamente assistida (MMA) no contexto das opções enquadradas legalmente e, ainda, de examinar as suas justificações éticas por referência às três decisões médicas de terminação da vida humana, com as quais partilha características importantes, mas das quais se diferencia tanto analítica como empiricamente<sup>47</sup>.

Enquanto em relação às DMFV progressivamente enquadradas nas *legis artis*, a morte de um doente pode ser considerada uma *morte natural*<sup>51</sup> (decorrente da progressão das doenças e da evolução da condição clínica subjacente), já no que respeita às decisões médicas de terminação da vida humana decorrentes de um pedido voluntário (MMA), a morte resulta previsivelmente numa *morte não-natural*<sup>51</sup>, *desejada*<sup>53</sup>, *negociada*<sup>54</sup>, *oportuna*<sup>55</sup> (decorrente das práticas de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido). Para esta última DMFV, relativa à terminação voluntária da vida, não existem normas profissionais fortemente consensualizadas nem enquadramentos ético-legais favoráveis (nos quais são equiparadas a homicídios e a assassinios), tal como sucedeu anteriormente com o aborto não-terapêutico; o que pode ser parcialmente explicado pelo facto de estas decisões estarem desprovidas de indicações estritamente clínicas. Ao envolverem circunstâncias excecionais, no âmbito das quais um doente procura ajuda médica para morrer, as decisões de terminação da vida, tomadas na sequência de um pedido voluntário de eutanásia (EUT) ou suicídio medicamente assistido (SMA), são objeto central de preocupação médica e representam uma das questões mais problemáticas a nível moral e sociocultural<sup>44,47-48</sup>.

O nosso enfoque analítico reside, precisamente, nas decisões extremas de MMA tomadas pelos profissionais de Medicina com base na expectativa de que as suas subseqüentes práticas de EUT ou SMA conduzam à morte antecipada dos doentes que lhes solicitaram, voluntariamente, assistência médica para morrer. Desta análise focada nas decisões de terminação da vida de um doente que solicita ajuda médica para morrer (MMA), e comparada com as DMFV intermédias, se depreende a exclusão analítica de quaisquer outras decisões passíveis de conduzirem à *morte iatrogénica*<sup>51</sup> de um doente; a qual pode resultar, acidental e indesejavelmente, de erros médicos, de comportamentos negligentes ou de riscos assumidos na prossecução de objetivos terapêuticos, curativos ou paliativos, que se verificam ter sido clinicamente justificados e legítimos. É a partir desta clarificação analítica que procedemos, de seguida, à conceptualização das decisões médicas de terminação da vida humana (voluntárias e não-voluntárias), assim como à problematização ética da MMA, por comparação com as demais DMFV legalmente disponíveis.

## 2.1. Terminação da Vida

O conceito *terminação da vida* pode ser definido pelo comportamento desempenhado por um profissional de Medicina na expectativa de encurtar a vida de um doente e para o qual não há nenhuma indicação clínica (tal como a de não-iniciar ou suspender um tratamento fútil). A partir desta definição proposta por John Griffiths, Heleen Weyers e Maurice Adams<sup>51(pp3,75)</sup> torna-se possível delimitar o âmbito e o alcance do conceito *terminação da vida* apenas por referência aos comportamentos e aos atos médicos que causam a morte do doente intencionalmente (leia-se, em que a sua morte é antecipada com o conhecimento e a aceitação dos efeitos letais previstos pela administração dos fármacos) e, sobretudo, diferentemente das demais decisões médicas em fim de vida que são alternativas terapêuticas suscetíveis de encurtar a sua duração de forma não-intencional. Assim sendo, tal como definido anteriormente e incluído no Quadro 1, o conceito *terminação da vida* refere-se somente às decisões de morte medicamente assistida (tomadas na sequência de um pedido de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido, formulado prévia e voluntariamente por um doente) e às decisões médicas de terminação da vida de um doente sem que o mesmo tenha formulado um pedido explícito nesse sentido (tomadas à sua revelia, pelo que passíveis de serem equiparadas a homicídios devido à natureza não-voluntária das mesmas).

## 2.2. Morte Medicamente Assistida

Relativamente ao conceito *morte medicamente assistida*, partimos da reflexão elaborada por Laura Santos<sup>44(pp22,367)</sup> para defini-lo como a ajuda prestada por um profissional de Medicina a uma pessoa doente que, por experienciar um sofrimento intolerável e não perspetivar melhorias no seu debilitado estado de saúde, toma a decisão de antecipar a sua morte de uma forma lúcida e racional. Este tipo de assistência médica na morte pressupõe a existência prévia de um pedido voluntário realizado pelo doente e, de acordo com a autora supramencionada, pode assumir duas vertentes distintas: hetero-administrada e auto-administrada. Se, por um lado, na vertente hetero-administrada da morte medicamente assistida, a administração de fármacos letais que possibilitam uma morte rápida e indolor do doente é feita por um profissional de Medicina; por outro lado, na vertente auto-administrada da morte medicamente assistida, a ingestão de fármacos letais (prescritos por um profissional de Medicina) que proporcionam uma morte rápida e indolor, ou a ativação dos processos que permitem a introdução desses fármacos no organismo de um doente incapaz de ingeri-los, é feita pelo próprio doente. Daqui se depreende que a morte

medicamente assistida, na sua vertente hetero-administrada, corresponde à prática de eutanásia e, na sua vertente auto-administrada, corresponde à prática de suicídio medicamente assistido.

Em suma, o modo como é definido o conceito *morte medicamente assistida* e apresentado no Quadro 1 remete, em exclusivo, para as decisões médicas em fim de vida que são tomadas em virtude de um pedido voluntário de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido. Isto significa que a morte medicamente assistida se restringe apenas aos atos voluntários de terminação da vida (à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido), excluindo quaisquer atos não-voluntários que um profissional de Medicina pratique sem que tenha havido um pedido explícito do doente.

### **2.2.1. Eutanásia**

Para definir o conceito *eutanásia* em sentido estrito, tal como se considera no Quadro 1, tomamos por referência as propostas definitórias constantes no livro *Euthanasia & Law in Europe* de John Griffiths, Heleen Weyers e Maurice Adams<sup>51</sup>, no relatório *Decisions Near the End of Life* da Associação Médica Americana<sup>53</sup> (AMA) e no *Estudo sobre as Decisões em Situações de Fim de Vida Tomadas pelos Oncologistas Portugueses na Prática Clínica* realizado por Ferraz Gonçalves<sup>56</sup>, no âmbito da sua dissertação de mestrado em Bioética.

A primeira proposta teórica sobre o conceito *eutanásia* fundamenta-se no modo como esta decisão em fim de vida tem vindo a ser definida, tomada e praticada no país europeu que a despenalizou de uma forma pioneira: a Holanda, seguindo-se a Bélgica e o Luxemburgo. Assim definida, desde 1985, pela *State Commission on Euthanasia* holandesa<sup>48</sup>, a eutanásia remete para uma situação no âmbito da qual um profissional de Medicina põe fim à vida de uma pessoa que vivencia um sofrimento insuportável e que lhe formula um pedido explícito nesse sentido, geralmente através da administração de medicação letal<sup>44(p365),51(p2)</sup>. Esta definição encontra-se replicada no relatório<sup>53</sup> que a AMA publicou em 1991. Com efeito, na segunda proposta teórica, o conceito *eutanásia* é definido pela administração médica de um fármaco letal ao doente, com o objetivo de lhe aliviar um sofrimento intolerável e incurável. O relatório especifica, ainda, que a eutanásia se refere ao ato médico de provocar a morte, de forma rápida e indolor, a uma pessoa que se encontra irremediavelmente doente, em sofrimento insuportável e permanente, e sem esperança de vir a alcançar uma outra solução razoável para melhorar a sua condição<sup>53(p2)</sup>.

Enquanto as duas primeiras propostas definem o termo teoricamente, a terceira proposta, proveniente do estudo da autoria de Ferraz Gonçalves<sup>56(p191)</sup>, divulgado já em 2006, reporta-se a

uma definição operacional do conceito *eutanásia*, que se elaborou da seguinte forma: terminação deliberada e indolor da vida de uma pessoa, portadora de uma doença incurável, avançada e progressiva que a conduzirá inexoravelmente à morte, mediante o seu pedido explícito, repetido, informado e bem-refletido, por via da administração médica de fármacos em doses letais.

Atendendo às anteriores propostas definitórias (teóricas e operacional) e às considerações de outros autores<sup>4(p747),9(pp42-43)</sup> sobre o conceito *eutanásia*, afirmamos que, nesta vertente hetero-administrada da morte medicamente assistida, a morte do doente resulta da medicação que um profissional de Medicina lhe administra, com a intenção expressa de antecipar a sua morte e a preocupação central de aliviar o seu sofrimento, na sequência de um pedido consistente que o próprio doente formula voluntariamente e da verificação médica da sua competência para tomar essa decisão de terminar a vida. A este respeito, Tom Beauchamp e Arnold Davidson<sup>57(pp299-300)</sup> já haviam arguido que uma definição correta de eutanásia inclui duas componentes essenciais: a intencionalidade da morte e o alívio do sofrimento do doente. Face à primeira componente, os autores<sup>57</sup> esclareceram que a morte do doente é intencionada pela pessoa (leia-se, o agente médico) que a causa ou que tem uma função causalmente relevante para o alcance desse resultado. Relativamente à segunda componente, os mesmos autores<sup>57</sup> clarificaram que a cessação de um profundo e intenso sofrimento – presente ou previsto futuramente – constitui o principal motivo para o doente querer morrer e para outra pessoa (releia-se, o agente médico) intencionar a sua morte com recurso a meios causais que não lhe agravem o sofrimento.

Na sequência da explicitação do entendimento contemporâneo em relação à eutanásia, consideramos pertinente contextualizar historicamente o conceito e escrutinar as suas propostas definitórias em sentido alargado (Figura 1), não obstante se revelarem ambíguas e desajustadas.

De um ponto de vista histórico, o conceito *eutanásia* tem vindo a ser definido em termos radicalmente distintos ao longo do tempo e comportado múltiplos significados durante a sua evolução cronológica. Etimologicamente, o termo *eutanásia* deriva do ideal grego ‘boa morte’, que veicula o alcance de uma morte moralmente boa ao término de uma vida igualmente conseguida com autenticidade. A consagração da ‘arte de morrer’ (*ars moriendi*)<sup>49</sup> bem exige o cumprimento de preceitos cristãos na última fase da Idade Média. Por seu turno, a transformação do conceito *eutanásia* em direção à ideia de uma ‘morte suave’, digna, sem dor e com o menor sofrimento possível, no âmbito da Medicina, é protagonizada por Francis Bacon<sup>48,57-58</sup> no século XVII. Segundo este filósofo inglês, que transita do período renascentista para a Idade Moderna,

os médicos têm o dever de restituir a saúde e, sobretudo, de mitigar a dor e aliviar o sofrimento, não apenas quando a recuperação dos doentes é possível, mas também quando os procedimentos médicos permitem, aos doentes no final da vida, prolongá-la, efetuar uma passagem mais fácil e alcançar uma ‘morte com dignidade’. Todavia, já no decurso do século XX, o conceito *eutanásia* distancia-se de todas as suas concepções fundadoras para, numa lógica diametralmente oposta, se aproximar de conotações eugénicas na Alemanha e de conotações economicistas nos Estados Unidos da América<sup>44,59</sup>. A respeito desta última conotação, o conceito *eutanásia* é interpretado no sentido da eliminação das pessoas portadoras de doenças que representam um substancial peso económico nos orçamentos dos estados norte-americanos. Apesar de ser equivalentemente errada na sua finalidade (redução de encargos financeiros), a conotação economicista não suscita tanta problematização ética quanto a suscitada pela conotação eugénica do conceito *eutanásia*. Esta conotação remonta ao ano de 1939, aquando da eclosão da II Guerra Mundial e da implementação do denominado ‘Programa Eutanásia’ (*Aktion T4*) pelos alemães nazis. Por referência aos seus objetivos programáticos de purificação genética e racial, o termo *eutanásia* é interpretado no sentido do extermínio das pessoas – inicialmente de recém-nascidos e crianças, posteriormente de adultos e idosos – cujas vidas eram consideradas indignas de serem vividas, nomeadamente por médicos nazis cooptados pelas autoridades sanitárias do regime hitleriano, quer seja devido a malformações, deficiências, perturbações mentais ou doenças incuráveis, quer seja devido a discriminações raciais (em particular, de judeus, ciganos e negros) ou baseadas na nacionalidade (pessoas não detentoras de cidadania ou ascendência alemã). Além de o termo *eutanásia* ter sido indevidamente utilizado para designar o que, efetivamente, constitui um programa de genocídio, importa reiterar também que todos os atos de terminação da vida nele implicados foram atos não-voluntários, praticados sem o consentimento informado das pessoas assassinadas, em campos de concentração nazis, por médicos alemães subsequentemente condenados por terem cometido crimes contra a humanidade (nos Julgamentos de Nuremberg, entre 1945 e 1946) e por não terem respeitado princípios éticos fundamentais (consagrados no Código de Nuremberg<sup>60</sup>, em 1947).

Ambas as conotações – economicista e eugénica – apresentadas são incompatíveis com a interpretação contemporânea do termo *eutanásia*, motivo pelo qual, a par de Tom Beauchamp e Arnold Davidson<sup>57(p298)</sup> e de outros autores<sup>44,48,51,59</sup>, não as contemplamos na nossa definição. É igualmente rejeitada a utilização das palavras ‘matar’ e ‘assassinato’ para definirmos o conceito



*eutanásia* em sentido restrito e limitado, porque tais palavras acarretam, à partida, uma avaliação moral pejorativa e condenatória sobre os atos voluntários de terminação da vida<sup>44,61</sup>, assim como enviesam e obstaculizam uma posterior reflexão sobre o valor ético e a (i-)licitude desses atos<sup>48,57</sup>. Conforme sugere Laura Santos, “depois desta história terminológica infeliz”, é “tempo de mudar de linguagem”<sup>44(p366)</sup>, de reformulá-la e de substituí-la por uma linguagem mais neutra em relação ao termo *eutanásia*, que remeta para a expressão ‘causar a morte’<sup>57</sup> e recupere a sua significação fundadora de ‘boa morte’. Incorporamos a sugestão nas propostas definitórias por nós perfiladas, pese embora o facto de reconhecermos que as atuais divergências de perspectivas sobre a natureza de uma ‘boa morte’ terão de ser resolvidas através de consensos entre “estranhos morais”<sup>61(p35)</sup>.

Na sequência da contextualização histórica sobre o termo *eutanásia*, importa agora fazer referência ao modo como este conceito tem vindo a ser definido em sentido alargado. A Figura 1 ilustra as subdivisões dicotómicas mais utilizadas para distinguir terminologicamente vários tipos de eutanásia (ativa/passiva; voluntária/não-voluntária); sendo que, para além destes, outros tipos de eutanásia (positiva/negativa; direta/indireta) também advieram da sua proliferação definitória.

**Figura 1: Subtipos de Eutanásia**

		ATIVA	
VOLUNTÁRIA	Eutanásia ativa voluntária		Eutanásia ativa não-voluntária
	Eutanásia passiva voluntária		Eutanásia passiva não-voluntária
		PASSIVA	
		NÃO-VOLUNTÁRIA	

Figura adaptada de Tom Beauchamp<sup>62(p3)</sup>.

A distinção entre a eutanásia ativa e a eutanásia passiva tem sido alvo de uma profunda reflexão filosófica, que se estendeu à comunidade médica aquando da sua incorporação no *The Boston Medical and Surgical Journal* em 1894. Embora se defina genericamente pelas “ações que causam ativamente a morte”<sup>57(pp299-300)</sup>, a *eutanásia ativa (positiva)* adquire maior precisão enquanto “morte resultante da administração de medicação letal”<sup>48(p730)</sup> na proposta definitória de António Barbosa. Por contraste, a *eutanásia passiva (negativa)* é definida, pelo mesmo autor, por “morte resultante da suspensão ou abstenção do tratamento de suporte à vida”<sup>48(p730)</sup> e dos meios

extraordinários suscetíveis de a manter ou prolongar<sup>53,57,63</sup>. Esta diferença entre meios ordinários e meios extraordinários não se afigura como uma distinção ética válida<sup>53(p5)</sup>, motivo pelo qual nos atentamos numa definição mais precisa de Ezekiel Emanuel, que interpreta a *eutanásia passiva* como a “abstenção ou suspensão de tratamentos médicos de suporte à vida de um doente com o intuito de deixá-lo morrer”<sup>59(p1891)</sup>.

Esta distinção tem-se revelado crucial para, no âmbito da Bioética, se justificar, por um lado, a aceitação moral da eutanásia passiva com base no argumento de que um médico está apenas a ‘deixar morrer’ (*letting die*) um doente ao abster-se de iniciar ou suspender as medidas terapêuticas que o mantêm vivo; e, por outro lado, a proibição moral da eutanásia ativa com base no argumento de que um médico está já a ‘matar’ (*killing*) um doente ao administrar-lhe medicação letal<sup>64-65</sup>. A lógica argumentativa que tem permitido distinguir a eutanásia passiva da eutanásia ativa sustenta-se, assim, na premissa de que existe uma diferença moralmente relevante e defensável entre ‘deixar morrer’ e ‘matar’ um doente; diferença essa que os médicos devem respeitar devido à autorização ético-legal para se absterem de lhe iniciarem ou suspenderem tratamentos e, contrariamente, à interdição ético-legal para lhe administrarem substâncias letais. Tal lógica argumentativa comporta uma longa tradição histórica no âmbito da Ética Médica e da Medicina, a qual remonta ao século IV a.C. com o Juramento de Hipócrates – sob o qual um futuro médico jura que, “mesmo instado, não darei droga mortífera nem a aconselharei”<sup>66</sup> – e se prolonga ao longo da segunda metade do século XX com as posições oficiais das instituições que regulam a profissão médica, entre as quais se destaca a Associação Médica Americana<sup>53,64</sup>. Por exemplo, refira-se que, em 1973, esta associação médica se pronunciou favoravelmente quanto à eutanásia passiva, arguindo que a cessação de medidas extraordinárias utilizadas para prolongar a vida, mediante a existência de uma evidência irrefutável sobre a morte biológica eminente de um doente, é uma decisão do próprio doente e da sua família. Todavia, a associação pronunciou-se desfavoravelmente face à eutanásia ativa, ao arguir que a terminação intencional da vida de um doente por outro agente – médico – é contrária àquilo que a profissão médica preconiza<sup>64</sup>. Daqui se depreende que a diferença entre a aceitação médica para ‘deixar morrer’ um doente por via da abstenção ou suspensão terapêutica (eutanásia passiva) e a rejeição médica para ‘matar’ um doente por via da administração de medicação letal (eutanásia ativa) se baseia na distinção entre as ‘omissões’ e as ‘ações’ médicas que resultam na sua morte<sup>57</sup>. A lógica argumentativa subjacente a esta diferença é a de que, no primeiro caso, um médico tão-somente ‘deixa morrer’

um doente em resultado da ‘omissão’ da sua capacidade e oportunidade para o manter vivo com recurso a medidas terapêuticas; enquanto, no segundo caso, um médico efetivamente ‘mata’ um doente em resultado da ação que desempenha por via da administração de medicação letal.

Conforme explicitámos anteriormente, a relevância moral da distinção entre a eutanásia passiva e a eutanásia ativa tem sido justificada através de lógicas argumentativas assentes quer na diferença entre ‘deixar morrer’ e ‘matar’ os doentes, quer na diferença entre as ‘omissões’ e as ‘ações’ dos médicos. Importa, contudo, problematizar ambas as lógicas argumentativas e a sua pertinência para legitimar a defesa de uma distinção moralmente relevante entre a abstenção ou a suspensão terapêutica (eutanásia passiva) e a administração de medicação letal (eutanásia ativa). Relativamente a esta última lógica argumentativa, Tom Beauchamp<sup>57,65</sup> defende que a distinção entre a eutanásia passiva e a eutanásia ativa não se fundamenta na diferença entre a ‘omissão’ e a ‘ação’, mas sim na ‘intenção’ do médico. No seu entender<sup>57,65</sup>, é a partir deste fundamento que a eutanásia passiva praticada por um médico com a ‘intenção’ de não-iniciar ou suspender medidas terapêuticas fúteis ou invasivas se pode distinguir da eutanásia ativa que um médico pratica com a ‘intenção’ explícita de pôr fim à vida de um doente. John Griffiths, Heleen Weyers e Maurice Adams<sup>51</sup> também questionam esta lógica argumentativa, por um lado, ao suscitarem a hipótese de a abstenção ou a suspensão terapêutica poder ser praticada por um médico com a ‘intenção’ explícita de antecipar a morte do doente e, por outro lado, ao exigirem uma atenção redobrada sobre práticas artificialmente classificadas de eutanásia passiva, mas que na verdade são práticas ilegais de eutanásia ativa. Recuperando a lógica argumentativa inicial, Tom Beauchamp<sup>65</sup> admite igualmente que alguns casos de abstenção ou suspensão terapêutica deveriam ser interpretados como inações médicas causalmente responsáveis pela morte de um doente, devido à ‘intenção’ do agente – a qual é o fundamento distintivo entre a eutanásia passiva e a eutanásia ativa.

Os fundamentos conceptuais da lógica argumentativa inicial requerem, por isso, uma análise crítica do mesmo autor<sup>65</sup>, que se questiona sobre a melhor forma de, no plano ético, diferenciar ‘deixar morrer’ e ‘matar’, bem como de solucionar os casos mais problemáticos que satisfazem ambas as condições destes dois tipos de eutanásia. Na perspetiva tradicional, se um médico se abster de iniciar ou suspender terapêuticas, a sua não-intervenção intencional é classificada como ‘deixar morrer’ pelo facto de a morte do doente ser causada pela evolução da sua doença ou pela sua recusa de tratamento. Tom Beauchamp<sup>65(pp120-121)</sup> critica o reducionismo desta perspetiva e estabelece duas condições segundo as quais uma não-intervenção pode, então,

ser classificada por ‘deixar morrer’, ao invés de ‘matar’, na Medicina: um juízo médico ponderado e baseado no critério de futilidade terapêutica justifica a abstenção ou a suspensão de tratamentos, da qual decorre a subsequente morte do doente; assim como a recusa válida de um doente, que expressa a sua vontade, autoriza tal conduta médica de inação implicada na sua consequente morte. Quando uma não-intervenção se realiza sob estas condições, um médico não é a causa nem é causalmente responsável pela morte de um doente, porque faz uma determinação razoável e esclarecida de futilidade terapêutica ou porque obtém a autorização válida do doente para o ‘deixar morrer’. Ambas as condições (a futilidade terapêutica e a recusa de tratamento) legitimam a eutanásia passiva e diferenciam-na da eutanásia ativa; considerada, na perspectiva tradicional, moralmente errada e ilícita por envolver um médico no ato de ‘matar’ um doente. No entanto, contrariamente a esta perspectiva, Tom Beauchamp<sup>57(p310),65(pp124-125)</sup> defende ainda que, quando as condições acima referidas não se aplicam – ou seja, quando um médico não cumpre o seu dever de tratar e quando se abstém de iniciar ou suspende tratamentos sem a autorização válida de um doente –, uma não-intervenção deve então ser classificada como ‘matar’, ao invés de ‘deixar morrer’, na Medicina. Por outras palavras, quer isto dizer que um médico pode ser causalmente responsável pela morte de um doente tanto nesses casos em que não intervém intencionalmente para impedir a continuação da sua existência (eutanásia passiva) como nos casos em que inicia medidas ativas para pôr fim à sua vida (eutanásia ativa).

Embora consideremos problemático justificar a relevância da distinção entre a eutanásia passiva e a eutanásia ativa a partir das lógicas argumentativas já rebatidas, ainda subsistem duas outras razões – de ordem psicológica<sup>63</sup> e de ordem moral<sup>64</sup> – para questionarmos a valorização da diferença entre ‘deixar morrer’ e ‘matar’ no âmbito da tradição médica. A primeira razão que nos permite compreender a resistência ao argumento de que a abstenção ou a suspensão terapêutica pode efetivamente ‘matar’ um doente, ao invés de somente o ‘deixar morrer’, refere-se ao que Dan Brock designou por “desconforto psicológico”<sup>63(p13)</sup> do próprio médico. A assunção de que está apenas a ‘deixar morrer’ um doente permite ao médico transferir a sua responsabilidade pela não-intervenção intencional para a evolução da doença ou para a recusa de tratamento por parte do doente. Contudo, apesar deste mecanismo psicológico se revelar muito útil para minorar o desconforto do médico face à sua não-intervenção que conduz ao término da vida de um doente, não permite eliminar em absoluto a responsabilidade deste profissional de Medicina na causação da sua morte. Por conseguinte, a segunda razão pela qual, na tradição médica, se releva a

distinção entre a eutanásia ativa e a eutanásia passiva remete para o argumento de que ‘matar’ um doente é moralmente pior do que ‘deixá-lo morrer’. No contra-argumento que James Rachels<sup>64(p31)</sup> propôs, tanto a administração de medicação letal como a abstenção ou a suspensão terapêutica estão sujeitas à mesma apreciação moral em torno da correção ou da incorreção de ambas as decisões médicas. Independentemente do método utilizado para causar a morte de um doente, se a decisão médica que lhe estiver subjacente for correta e bem-intencionada, a sua justificação confere uma equivalência moral entre eutanásia ativa e passiva. O mesmo autor<sup>64(p35)</sup> defende que a eutanásia ativa pode ser uma opção moralmente preferível à eutanásia passiva nos casos em que o processo de ‘deixar morrer’ um doente por via da abstenção ou da suspensão terapêutica é relativamente lento e doloroso, implicando um prolongamento desnecessário do seu sofrimento; ao contrário do ato médico de administração de medicação letal, que proporciona ao doente uma morte comparativamente mais rápida e indolor. Recentemente, o contra-argumento filosófico acima apresentado é recuperado por Tom Beauchamp<sup>65(pp124,126)</sup> para reforçar a ideia de que a correção ou a incorreção do ato de ‘matar’ (referente à ação causal desempenhada por uma pessoa – médico – que produz a morte de outra pessoa – doente) depende, em exclusivo, da sua justificação; não estando, por isso, dependente da sua tipificação (eutanásia ativa ou passiva). A par de conferir este sentido moralmente neutro ao ato de ‘matar’ no âmbito da tradição médica, o autor supracitado<sup>65</sup> identifica condições desculpantes (a legítima defesa ou um acidente) segundo as quais, fora da tradição médica, um ato de ‘matar’ também pode ser justificadamente aceite.

Após termos problematizado as lógicas argumentativas que procuram diferenciar ‘matar’ e ‘deixar morrer’, ‘ações’ e ‘omissões’, assim como questionado as razões (de ordem psicológica e moral) que se aduzem para consubstanciar a relevância dessa diferenciação na tradição médica, estamos em condições de corroborar as afirmações de vários autores<sup>6(p5),12(p797),13(p1891)64,67</sup> sobre a inexistência de uma distinção ética válida ou significativa entre a eutanásia ativa e a eutanásia passiva. Embora tenha sido tradicionalmente sobrevalorizada, na atualidade esta distinção ‘ativa’ e ‘passiva’ mantém-se controversa, débil, irrelevante e improdutiva para determinar a moralidade da eutanásia<sup>47</sup> e para solucionar os problemas éticos enfrentados pelos médicos que a praticam<sup>65</sup>.

Paralelamente à distinção entre a eutanásia passiva e a eutanásia ativa, na Figura 1 ainda é possível constatar a existência de outra subdivisão dicotômica tradicionalmente utilizada para distinguir mais dois tipos de eutanásia: ‘voluntária’ e ‘não-voluntária’. A partir das propostas definitórias sugeridas por Ezekiel Emanuel<sup>59</sup> e por outros autores<sup>4,6</sup>, definimos o termo *eutanásia*

*voluntária* pela administração de medicamentos ou realização de outras intervenções destinadas a causar intencionalmente a morte de um doente competente, mediante o seu pedido explícito e o seu total consentimento informado. Em sentido contrário, Ezekiel Emanuel<sup>59</sup> e outros autores<sup>53,63</sup> permitem-nos definir o termo *eutanásia não-voluntária* pela administração de medicamentos ou a realização de outras intervenções destinadas a causar intencionalmente a morte de um doente incompetente para tomar essa decisão de pôr termo à vida e mentalmente incapaz de efetuar um pedido explícito nesse sentido, de facultar o seu consentimento informado, tal como de expressar a sua vontade sobre a eutanásia (por exemplo, um doente em situação de coma no âmbito da qual a decisão é tomada por um representante legal, familiar ou profissional).

Comparativamente com a eutanásia voluntária, que pode ser legitimada pelos princípios éticos do respeito pela autonomia do doente e da beneficência subjacente à decisão médica (Quadro 1), a eutanásia involuntária suscita uma preocupação acrescida pelo facto de implicar um médico na terminação da vida de um doente que não pediu explicitamente para morrer. Embora o princípio ético da beneficência também possa legitimar a prática da eutanásia não-voluntária em circunstâncias excepcionais (tais como as de um adulto em coma profundo ou de um recém-nascido com graves deficiências)<sup>51(p53)</sup>, essa administração de medicação letal responsável pela morte antecipada de pessoas que não a solicitaram é geralmente considerada ilegítima e, do ponto de vista legal, equiparada a homicídio ou assassinio. Teoricamente problematiza-se, ainda, a existência de um outro tipo de eutanásia – ‘involuntária’ – mais controverso em termos éticos e legais. Segundo Ezekiel Emanuel<sup>59</sup> e outros autores<sup>48,53,63</sup>, a *eutanásia involuntária* pode ser definida pela administração de medicamentos ou a realização de outras intervenções destinadas a causar intencionalmente a morte de um doente que, estando competente, rejeita, recusa e se opõe explicitamente a ser morto, ou que, por estar já incompetente (nomeadamente, devido à incapacidade para interpretar o seu prognóstico ou a um quadro depressivo), não pode formular um pedido explícito nesse sentido nem facultar o seu total consentimento informado. Tanto o primeiro caso, em que a vida de um doente competente é terminada contra a sua vontade, como o segundo caso, em que a vida de um doente incompetente é terminada sem o próprio ter expresso a sua vontade, são classificados como atos médicos de eutanásia involuntária, repudiados eticamente, moralmente ilegítimos e criminalizados enquanto homicídios<sup>48,53</sup>. Apesar de esta classificação vigorar no sentido alargado em que se define o termo *eutanásia*, consideramos necessário excluir os atos médicos de eutanásia não-voluntária e

os atos médicos de eutanásia involuntária da sua definição, em sentido estrito, por nós elegida: *eutanásia ativa voluntária* (Figura 1); a qual obriga à formulação de um pedido explícito por um doente competente e, por parte do médico a quem esse pedido é dirigido, à obtenção do seu total consentimento informado para lhe administrar medicação letal com a intenção de pôr fim à vida.

Antes de sistematizarmos os motivos pelos quais o conceito *eutanásia* deve ser definido em sentido restrito, importa frisarmos a última subdivisão dicotómica tradicionalmente utilizada para, em sentido alargado, distinguir outros dois tipos de eutanásia: ‘direta’ e ‘indireta’. Esta distinção foi incorporada no *The Lancet* em 1899 e, segundo António Barbosa, tem contraposto a inadmissibilidade moral da morte de um doente que resulta de um efeito direto e intencional dos fármacos administrados (*eutanásia direta*) à permissibilidade moral da morte de um doente que “resulta de um efeito secundário previsto, mas não intencionado, de alívio sistemático da dor (efeitos secundários dos fármacos / ‘duplo efeito’)”<sup>48(p731)</sup> (*eutanásia indireta*). Embora, assim distinguida, a eutanásia indireta aparente ser moralmente preferível à eutanásia direta, urge esclarecer que a designação correta da eutanásia indireta remete para uma decisão médica de natureza diferente, ou seja, para o controlo sintomático da dor com efeito de encurtamento do tempo de vida de um doente (Quadro 1). Este esclarecimento permite-nos concluir, então, que só as ações médicas diretamente responsáveis por causar intencionalmente a morte de um doente, através da administração de fármacos letais, devem ser classificadas como atos de eutanásia.

Na sequência da distinção terminológica entre os vários tipos de eutanásia (ativa/passiva; voluntária/não-voluntária/involuntária; positiva/negativa; direta/indireta) e de uma análise crítica a estas subdivisões dicotómicas, que decorrem da interpretação do conceito em sentido alargado, é chegado, agora, o momento de justificar a inutilidade da sua proliferação definitória<sup>48,51</sup>. Para além de se revelarem obsoletas e desatualizadas, estas subdivisões que distinguem os diferentes tipos de eutanásia também confundem o alcance definitório do termo em análise e transformam-no num repositório de todas as formas de ações e omissões médicas suscetíveis de, previsível ou intencionalmente, encurtarem a vida de um doente em grande sofrimento, com ou sem o seu total consentimento informado. Por ser inaceitavelmente vaga e demasiadamente geral, defendemos, em consonância com diversos autores<sup>44,48(p747),51,53,59(p1891)</sup>, que a definição do termo *eutanásia* em sentido alargado deve ser abandonada (excluindo todos os atos de eutanásia passiva voluntária, passiva não-voluntária, ativa não-voluntária, a par dos atos de eutanásia involuntária, negativa e indireta) e substituída por propostas definitórias em sentido restrito (incluindo apenas

os atos de eutanásia ativa voluntária), tais como as já apresentadas, do ponto de vista teórico e operacional, no início desta clarificação terminológica. Recuperamos, a este propósito, a interpretação do termo *eutanásia* em sentido estrito, por referência à definição holandesa da “morte que resulta de medicação que é administrada por um/a médico/a com a intenção explícita de antecipar a morte, a pedido explícito do/a paciente”<sup>44(p43)</sup>. O entendimento holandês da eutanásia – como um ato médico, voluntário e deliberado, de terminação da vida de um doente que vivencia um árduo sofrimento, mediante o seu próprio pedido – tem contribuído significativamente para afastar a confusão definitiva do acérrimo debate contemporâneo sobre a (i-)moralidade desta prática. Ao definirmos o conceito *eutanásia* neste sentido restrito, procuramos, assim, deslindar e delimitar as fronteiras ético-legais entre esta vertente hetero-administrada da morte medicamente assistida, que permanece interdita na esmagadora maioria dos países (à exceção da sua despenalização na Holanda, na Bélgica e no Luxemburgo), e as decisões médicas em fim de vida progressivamente enquadradas nas *legis artis* (Quadro 1), nomeadamente a abstenção ou a suspensão terapêutica (tradicionalmente designada por eutanásia passiva) e o controlo sintomático da dor com efeito de encurtamento do tempo de vida do doente (tradicionalmente designado por eutanásia indireta).

Por fim, ponderamos as desvantagens e as vantagens inerentes à prática da eutanásia ativa voluntária (que continuamos a nomear simplesmente por eutanásia), a partir da reflexão burilada por Timothy Quill, Bernard Lo e Dan Brock<sup>47(p2100)</sup> e, recentemente, por Tom Beauchamp<sup>65(p126)</sup>. A eutanásia tem a desvantagem de entrar radicalmente em conflito com a tradicional proibição ética de um médico causar intencionalmente a morte a um doente, mesmo nos casos em que essa morte é alcançada com o objetivo de mitigar o seu sofrimento. Acresce a esta proibição ética de ‘matar’ (segundo a linguagem tradicional), a possibilidade de a eutanásia ser medicamente praticada sem o consentimento do próprio doente (equivalendo a num homicídio, na ausência de uma justificação crível) e, ainda, de comportar o grave risco de ser utilizada de forma abusiva (abrangendo grupos sociais vulneráveis). Por contraste, na ótica de um doente competente que a solicita voluntariamente, a eutanásia pode ser vantajosa por conduzir, de modo relativamente rápido e indolor, à terminação da sua vida marcada por um sofrimento insoportável. Neste caso, em que a permanência na vida é por si considerada pior do que a morte, o doente prepara-se para morrer e, no decurso da sua busca comparativa entre várias opções de cuidados em fim de vida, seleciona a eutanásia como sendo o melhor meio para a findar. Esta mobilização da



capacidade decisória do doente em torno da eutanásia exige, agora na ótica do médico que aceita praticá-la, o cumprimento do seu dever de não o abandonar perante um sofrimento intratável e da sua obrigação de lhe prestar ajuda para morrer com recurso à administração de fármacos letais.

### 2.2.2. Suicídio Medicamente Assistido

O conceito *suicídio medicamente assistido*, a que fazemos referência no Quadro 1, pode ser definido segundo as propostas definitórias de vários autores<sup>44,47-48,59</sup>, que estão incluídas nos relatórios *Physician-Assisted Suicide* e *Decisions Near the End of Life* da Associação Médica Americana<sup>53,68</sup> (AMA), bem como no supracitado *Estudo sobre as Decisões em Situações de Fim de Vida Tomadas pelos Oncologistas Portugueses na Prática Clínica*, de Ferraz Gonçalves<sup>56</sup>.

No relatório temático que a AMA publicou em 1993, o conceito *suicídio medicamente assistido* define-se pelos meios (incluindo os medicamentos prescritos, tais como os soníferos) e pelos conhecimentos (incluindo as informações disponibilizadas sobre as doses letais) fornecidos conscientemente por um médico a um doente que contempla o suicídio e que deles poderá fazer uso para cometê-lo<sup>68(p1)</sup>. Num outro relatório publicado dois anos antes, a AMA já havia definido o conceito *suicídio medicamente assistido* pela ajuda que um médico, por acreditar ser este o seu último ato integrado num *continuum* de cuidados proporcionados a um doente sem esperança e em fim de vida, lhe faculta na sequência do seu pedido, nomeadamente através da prescrição de medicamentos sobre os quais tem conhecimento do uso que o próprio doente fará deles, assim como através de uma discussão conjunta sobre as doses necessárias e sobre os métodos de (auto-)administração por parte do doente<sup>53(p9)</sup>. Esta forma de definir o conceito *suicídio medicamente assistido* é consentânea com as propostas definitórias apresentadas por Ezekiel Emanuel<sup>59(p1891)</sup> e por Timothy Quill, Bernard Lo e Dan Brock<sup>47(p2101)</sup>, na medida em que também se referem aos meios (fármacos) e aos conhecimentos (instruções) que um profissional de Medicina proporciona a um doente, geralmente através da prescrição e da explicação sobre a toma de uma grande dose de barbitúricos por parte desse doente que pretende terminar a sua vida. Ao proporcionar tanto os meios como os conhecimentos para que um doente possa provocar a sua morte por via da auto-administração de medicação letal, prescrita e/ou fornecida por um médico<sup>48</sup>, este profissional de Medicina compreende que tal medicação seja utilizada por esse doente para cometer o suicídio.

A par das propostas definitórias apresentadas, com base nas quais definimos teoricamente o conceito *suicídio medicamente assistido*, consideramos pertinente defini-lo operacionalmente

através da proposta definitiva sugerida por Ferraz Gonçalves<sup>56(p191)</sup>; ou seja, como: a ajuda médica ao suicídio de uma pessoa, portadora de uma doença incurável, avançada e progressiva, que a conduzirá inexoravelmente à morte, mediante o seu pedido explícito, repetido, informado e bem-refletido, por via da prescrição de fármacos e do fornecimento das instruções necessárias para a utilização dos mesmos por parte dessa pessoa doente.

Embora, até ao momento, nos tenhamos cingido à definição (teórica e operacional) do termo *suicídio medicamente assistido* (em vigor nos países europeus da Holanda, da Bélgica e do Luxemburgo), existe ainda a possibilidade de o suicídio ser assistido por agentes não-médicos (enfermeiros e demais profissionais de saúde, voluntários de associações *right-to-die*, familiares, amigos, entre outros). Assim sendo, importa definir o termo *suicídio assistido* por referência ao país da Europa (a Suíça) onde a sua implementação regista uma maior tradição histórica. A partir da interpretação suíça e da sugestão proposta por Laura Santos<sup>44(p72)</sup>, definimos o termo *suicídio assistido* pela ajuda prestada pelos voluntários de associações *right-to-die*, sem fins lucrativos, a um doente para que o próprio se possa suicidar, auto-administrando medicação letal, na presença desses voluntários que avaliam a genuinidade do seu pedido, o apoiam com a toma da dose letal de medicação, bem como apoiam o seu acompanhante familiar e/ou amigo e, ainda, notificam as autoridades após o término da sua vida. Esta definição revela, então, que o suicídio assistido por voluntários de associações *right-to-die* não exige a presença de um médico na altura da morte do doente (tal como não se requer nos estados norte-americanos do Oregon, de Washington e de Vermont), apesar de o profissional de Medicina poder prestar-lhe ajuda na condição de cidadão.

No decurso desta clarificação conceptual, discutimos as desvantagens e vantagens de se praticar o suicídio medicamente assistido, segundo as perspetivas de Timothy Quill, Bernard Lo e Dan Brock<sup>47(p2100)</sup>. À semelhança da eutanásia, o suicídio medicamente assistido também tem a desvantagem de violar a tradicional proibição ética, moral e profissional de um médico contribuir para a causação intencional da morte de um doente. Apesar de, comparativamente com a vertente hetero-administrada da morte medicamente assistida (eutanásia), esta vertente auto-administrada (suicídio medicamente assistido) conferir ao doente um maior controlo sobre a terminação da sua vida, a auto-administração de medicação letal pode não garantir a competência do doente para tomar essa decisão nem a voluntariedade do próprio para causar intencionalmente a sua morte. A título de exemplo, o pedido de assistência médica para morrer é suscetível de ter sido formulado pelo doente com base num julgamento equivocado face à evolução da sua condição clínica, tal

como o seu ato de terminação da vida é passível de ter sido influenciado por pressões externas. O que, por contraste, torna vantajoso o suicídio medicamente assistido para um doente competente que o solicita é saber que adquire o poder de escapar a um indesejável período final da sua vida se e/ou quando escolher fazê-lo, auto-administrando uma dose letal de medicação que lhe tenha sido previamente prescrita e/ou fornecida por um profissional de Medicina. Não obstante ser um alvo hipotético de coação, a ingestão de medicação letal por parte do próprio doente faz com que esta sua ação individual lhe permita concretizar a morte voluntária. Acresce que, do ponto de vista emocional, o suicídio medicamente assistido pode ter vantagens tanto para o doente que o requer como para o médico que acede ao seu pedido. Se, por um lado, o acesso a uma dose letal de medicação confere ao doente a liberdade de a utilizar, ou não, e a tranquilidade para continuar a viver com a garantia de que, a qualquer momento, poderá findar a sua existência com o recurso à auto-administração dessa medicação; por outro lado, a prescrição de fármacos e o fornecimento das instruções necessárias por parte de um médico a um doente, sobre o modo como este último poderá utilizá-los, proporciona ao próprio médico um maior conforto emocional e um menor incómodo psicológico do que aquele que sentiria se, ao invés de praticar o suicídio medicamente assistido, fosse impelido a praticar a eutanásia.

### **2.2.3. Relação entre Eutanásia e Suicídio Medicamente Assistido**

Após termos delineado as definições essenciais de eutanásia e de suicídio medicamente assistido, refletimos sobre os principais elementos que têm sido utilizados para distinguir estas duas vertentes (hetero-administrada e auto-administrada, respetivamente) da morte medicamente assistida. Neste sentido, identificamos os três elementos a partir dos quais, segundo Ezekiel Emanuel<sup>59(p1890)</sup>, os conceitos *eutanásia* e *suicídio medicamente assistido* podem ser distinguidos entre si; a saber: o consentimento do doente; a intenção do médico; e a natureza da ação crítica.

Quanto ao primeiro elemento, já explicitámos anteriormente que o cabal consentimento informado, facultado por um doente competente, constitui uma condição fulcral para autorizar a realização de um ato médico destinado a cessar a vida desse doente que solicita, voluntariamente, ajuda médica para morrer, quer por via da administração de uma injeção letal (eutanásia), quer por via da prescrição de medicação letal e da disponibilização das informações necessárias à sua utilização por parte do mesmo doente (suicídio medicamente assistido). Por conseguinte, no que respeita ao segundo elemento, também já referimos previamente que a intenção do médico que

prática a eutanásia é pôr fim à vida de um doente em grande sofrimento e que lhe pede explícita e persistentemente para morrer. Diferentemente, a intenção do médico que presta assistência no suicídio de um doente é proporcionar-lhe as melhores condições, incluindo meios (fármacos) e conhecimentos (instruções sobre o modo de utilização desses fármacos), para que o próprio doente possa terminar a vida de forma rápida e indolor. Esta diferença na intenção do médico envolvido nas duas vertentes da morte medicamente assistida conduz-nos à análise do terceiro elemento distintivo entre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido. É distinta a natureza da ação crítica pela qual a morte se antecipa, na medida em que, enquanto num caso de suicídio medicamente assistido, o próprio doente ingere fármacos letais prescritos por um profissional de Medicina, num caso de eutanásia, o médico administra-lhe uma dose letal de fármacos.

Além de serem consideradas, em si mesmas, distintas, argui-se que estas ações envolvem, ainda, um grau de participação diferenciado do médico na eutanásia e no suicídio medicamente assistido<sup>53</sup>. Com a prática da eutanásia, o médico está implicado no ato de terminação da vida do doente, a seu pedido; o que significa que, não apenas lhe fornece meios e conhecimentos, mas também se constitui como o ator final, com responsabilidade moral, por causar intencionalmente a morte voluntária do doente, ao administrar-lhe medicação letal. O elevado grau de participação do profissional de Medicina na eutanásia diferencia-se, assim, do seu baixo grau de participação no suicídio medicamente assistido. Embora o médico também seja moralmente responsável por prestar essa assistência no suicídio, ao prescrever uma dose letal de medicação e ao facultar toda a informação sobre o modo de o doente a autoadministrar, é o próprio doente que realiza a ação final de terminação da sua vida. Tal diferenciação no grau de participação profissional em ambas as vertentes da morte medicamente assistida tem sido o sustentáculo da avaliação moral negativa face à eutanásia (assente no argumento de que o médico participa ativa e diretamente na morte do doente, sendo o último a agir) e, por oposição, da avaliação moral positiva face ao suicídio medicamente assistido (assente no argumento de que o médico participa passiva e indiretamente na morte do doente – o qual é o ator final). Em termos comparativos com a eutanásia, o suicídio medicamente assistido aparenta ser mais aceitável para o médico, devido à distância psicológica e temporal entre a prescrição de medicação letal e a concretização do ato de terminação da vida; surgindo, igualmente, como a opção mais atrativa para o doente, pelo facto de lhe proporcionar um maior controlo sobre as circunstâncias da sua morte e uma maior autonomia para decidir se e quando irá auto-administrar a medicação letal. Para Timothy Quill, Bernard Lo e Dan Brock<sup>47,63</sup>,

a lógica comparativa que valoriza o suicídio medicamente assistido em detrimento da eutanásia é deveras ambígua porque, em ambos os casos, não só o médico desempenha um “papel ativo e necessariamente causal”<sup>63(p10)</sup> na morte do doente, como também o próprio doente figura sempre o último agente, no sentido em que possui integralmente a possibilidade de escolha e o direito a inverter o sentido da mesma até ao último momento em que o processo letal se torna irreversível.

Na senda desta comparação entre as duas vertentes da morte medicamente assistida, urge colocar uma última pergunta: será que existe uma distinção ética relevante e significativa entre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido? Analisamos esta questão tendo em consideração as diferenças fundamentais alusivas às circunstâncias temporais e clínicas em que são praticadas as duas vertentes da morte medicamente assistida<sup>47</sup> e, ainda, ao agente que realmente administra a medicação letal<sup>59</sup>. A primeira diferença reside no facto de, por um lado, a eutanásia tender a ser praticada num período mais próximo do final da vida, em que o doente (nalguns casos, terminal), portador de uma doença em fase bastante avançada, já se encontra incapaz de tomar a medicação letal; e, por outro lado, o suicídio medicamente assistido se praticar, frequentemente, num doente com uma maior esperança de vida, portador de uma doença em fase mais precoce e detentor de capacidade física para ingerir essa medicação. A partir destas distintas circunstâncias temporais e clínicas em que, geralmente, são praticadas as duas vertentes da morte medicamente assistida, poder-se-ia arguir que o suicídio medicamente assistido seria eticamente preferível à eutanásia, na medida em que o doente adquire a possibilidade de viver durante mais tempo e assume a total responsabilidade de autoadministrar a medicação letal. Contudo, neste argumento não se acutela a eventualidade de o suicídio medicamente assistido falhar nem os problemas éticos que essa grave falha acarreta, tanto para o próprio doente que gora a sua expectativa de pôr termo à vida e pode confrontar-se ainda com o agravamento da sua condição clínica (a nível físico e cognitivo), como para as pessoas significativas em seu redor (a nível emocional e logístico) e para os demais profissionais de saúde (ao nível da tomada de decisões relativas ao doente numa situação de emergência após a ingestão de medicação e da prestação de cuidados por si indesejados). A par das possíveis complicações clínicas, os riscos inerentes às tentativas falhadas e mal sucedidas de pôr termo à vida encetadas pelo próprio doente revelam-se, assim, fortes indícios para questionar a preferência ética do suicídio medicamente assistido face à eutanásia, advertindo igualmente para a pertinência de reivindicar uma presença médica no momento da ingestão de fármacos letais. É, todavia, de ressaltar que tal questionamento não anula o segundo, e mais importante

para Ezekiel Emanuel<sup>59(p1894)</sup>, elemento eticamente distintivo entre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido, a saber: o agente que procede efetivamente à administração de medicação letal. Enquanto o agente responsável pela prática da eutanásia se refere ao médico que (hetero-)administra a medicação, o doente constitui-se no agente responsável por (auto-)administrá-la aquando da prática do suicídio medicamente assistido. Devemos indagar-nos se, respectivamente, o maior e o menor grau de participação do agente médico nas duas vertentes da morte medicamente assistida traduz uma diferenciação ética intrínseca e substantiva entre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido. Reconhecemos, a este respeito, a existência de uma distinção moral quanto à extensão do papel desempenho pelo agente médico no processo causal através do qual o doente morre em resultado da prática da eutanásia (leia-se, em virtude da administração de medicação letal por parte do profissional) ou do suicídio medicamente assistido (leia-se, em virtude da utilização dessa medicação por parte do doente, na sequência da sua prescrição e da prestação de esclarecimentos sobre a sua eficaz utilização por parte do médico). Todavia, em resposta à pergunta inicial, o reconhecimento da distinta extensão do papel médico no plano moral não nos parece ser suficiente para corroborar a existência de uma diferença de natureza ética, intrínseca e substantiva, entre as duas vertentes da morte medicamente assistida.

### **2.3. Decisões Médicas em Fim de Vida progressivamente enquadradas nas *Legis Artis***

As decisões médicas em fim de vida, a que fazemos menção no Quadro 1, configuram a abstenção ou suspensão terapêutica, o controlo sintomático da dor com efeito de encurtamento do tempo de vida, a prestação de cuidados paliativos, a sedação paliativa e a cessação voluntária de alimentação e hidratação. Também por não haver consenso socioprofissional reunido quanto à adequação ético-legal da morte medicamente assistida, estas decisões devem ser abertamente discutidas pelos médicos que enfrentam pedidos de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido com os doentes que lhes dirigem. A par da possível referenciação clínica para outros especialistas (nomeadamente, para psiquiatras e paliativistas) e do direito médico à objeção de consciência, o imperativo de discutir várias opções de cuidados em fim de vida no âmbito de um processo informativo autêntico é destacado por vários autores, inclusive Timothy Quill, Bernard Lo e Dan Brock<sup>47(p2102)</sup>, atendendo a que tais cuidados constituem abordagens terapêuticas alternativas legalmente disponíveis para atenuar o sofrimento destes doentes que solicitam ajuda médica para morrer e para respeitar a autonomia de ambos os intervenientes. É, justamente, por

este motivo que consideramos pertinente definir este conjunto de decisões médicas em fim de vida e analisá-las numa perspectiva ética comparada com a morte medicamente assistida.

### 2.3.1. Abstenção ou Suspensão Terapêutica

A designação *abstenção ou suspensão terapêutica* abrange procedimentos clínicos que se referem, mas não se limitam, à não-iniciação ou descontinuação de radioterapia e quimioterapia, à retirada da sonda nasogástrica, à interrupção de ventilação mecânica (extubação terminal), do suporte de função renal (diálise), do suporte transfusional e do suporte farmacológico (escalada terapêutica), assim como à paragem de alimentação e hidratação artificial<sup>47</sup>. Tal como indiciam os respetivos termos, a ‘abstenção’ (*withholding*) refere-se à não-iniciação de medidas terapêuticas e à não-utilização de técnicas de reanimação, enquanto a ‘suspensão’ (*withdrawing*) dessas medidas remete para a interrupção de tratamentos de suporte de vida devido à sua futilidade terapêutica<sup>48,53</sup> ou à sua recusa por parte do doente. Ambas as decisões médicas permitem controlar o processo de morrer, razão pela qual foram sendo histórica e erradamente equiparadas à eutanásia passiva com base no argumento de que a abstenção ou suspensão terapêutica implicam o agente médico no ato de ‘deixar morrer’ (*letting die*) um doente. Todavia, conforme denotaram John Griffiths, Heleen Weyers e Maurice Adams<sup>51(p60)</sup>, o problema ético subjacente a estas decisões médicas não incide na sua equiparação a um subtipo de eutanásia (passiva), que se distancia da definição restrita sobre a qual refletimos anteriormente (eutanásia ativa voluntária), mas sim na averiguação da existência de uma justificação médica legítima para não-iniciar ou interromper medidas de suporte de vida, quer seja porque tais medidas se revelam incapazes de reverter a condição clínica do doente e de contribuir para o seu bem-estar no tempo de vida remanescente (futilidade terapêutica), quer seja porque o próprio doente exerce o seu direito de recusá-los informada e conscientemente. Consideramos, pois, necessário analisar com detalhe estas duas justificações médicas que legitimam a abstenção ou suspensão terapêutica.

Em primeiro lugar, a recusa de tratamento por parte de um doente competente deve ser acompanhada de uma cabal partilha de informação clínica sobre as consequências deletérias e os principais riscos de vida inerentes a essa recusa, no âmbito de um “processo relacional adequado e profundo”<sup>48(p737)</sup> entre o profissional de Medicina e o doente, que contemple não só o princípio ético da não-maleficência, mas também o princípio ético do respeito pela autonomia individual e o direito legalmente consagrado à proteção da integridade física. A este respeito, Isabel Neto já

havia alertado que, “do ponto de vista médico, a capacidade do doente para consentir ou recusar determinados procedimentos requer, pelo menos, a aptidão para compreender informação relevante, para entender a situação clínica e as suas possíveis consequências, para comunicar a escolha e decidir em função dos seus valores e dos argumentos técnicos apresentados”<sup>69(p24)</sup>. A recusa de certos procedimentos afigura-se, assim, numa decisão complexa e difícil para um doente dotado de capacidade para retirar o seu consentimento e incentivado a fornecer indicações clínicas orientadas pelas suas preferências subjetivas e pelos seus quadros de valores pessoais; as quais engrandecem a responsabilidade médica tanto na partilha de suficiente informação sobre o diagnóstico, o prognóstico e as opções de tratamento, como na garantia de que a informação esclareça devidamente o doente e seja por si compreendida. Todavia, conforme realçou Tom Beauchamp<sup>65</sup>, no momento em que o doente reitera a não-iniciação ou interrupção do tratamento de suporte de vida estando plenamente consciente das possíveis consequências da sua decisão, a responsabilidade médica sofre uma limitação e transfere-se parcialmente para o doente; transformando o que seria considerado um ato de ‘matar’ (*killing*) maleficiente, num ato de ‘deixar morrer’ (*letting die*) não-maleficiente, porque legitimado pela autorização válida para não o iniciar ou suspendê-lo. Embora tal recusa de tratamento por parte de um doente competente aparente ser contra os seus melhores interesses, não há ninguém melhor posicionado do que o próprio doente para tomar a decisão esclarecida de recusá-lo e, assim, manter o controlo sobre os cuidados de saúde de que aceita e rejeita ser alvo no fim da vida. Como corolário, subscrevemos a recomendação constante no relatório da Associação Médica Americana<sup>53(pp4-9)</sup>, onde se refere que o pleno exercício da autonomia e autodeterminação individuais deve ser respeitado pelo profissional aquando da expressão da vontade de recusar tratamento por parte de um doente competente e, inclusivamente, mesmo que essa decisão resulte na antecipação da sua morte.

Diferentemente, no caso de um doente (a título de exemplo, em estado comatoso ou com um quadro depressivo grave) impedido de exercer a sua autonomia e incapaz de participar no processo de tomada de decisões sobre o fim da vida, deve procurar encontrar-se a sua “vontade presumida”<sup>48(p727)</sup> através de um trabalho conjunto entre profissionais de saúde e da auscultação das pessoas que lhe são mais próximas, significativas e da sua confiança (familiares, amigos ou, na eventualidade de ter sido designado previamente, o representante legal ou informal). Noutros termos, quer isto dizer que a posição que o doente provavelmente manifestaria, se estivesse com capacidade para discernir, precisa de ser aferida com recurso a um substituto apropriado, isento e



livre de conflitos de interesses, que ateste a vontade do próprio doente em aceitar ou em rejeitar tratamentos específicos com base numa partilha de elementos biográficos e do conhecimento privilegiado que possui sobre a percepção do doente face ao sofrimento e à futilidade terapêutica desses tratamentos naquela circunstância em particular, sobre as suas convicções mais íntimas e sobre os seus valores pessoais dos quais não abdicaria. Contudo, quando é deveras impossível obter esta informação fundamental para nortear a vontade de um doente incapaz de a expressar, quer por intermédio do substituto legal ou informal, quer por intermédio de uma possível diretiva antecipada de vontade (testamento vital), a decisão médica relativa à abstenção ou suspensão terapêutica fica exclusivamente subjugada à defesa dos melhores interesses do doente<sup>48,69</sup>.

Finda a análise sobre a primeira justificação que legitima a não-iniciação ou a interrupção de medidas de suporte de vida (a recusa de tratamento por parte de um doente competente e, no caso de um doente estar incapaz de expressar a sua vontade, a defesa médica dos seus melhores interesses), procuramos refletir seguidamente sobre a segunda justificação previamente aflorada: a futilidade terapêutica. Segundo a proposta definitiva de António Barbosa, o conceito *futilidade terapêutica* abrange “um conjunto de intervenções incapazes de alterar o prognóstico da doença, sem qualquer benefício de controlo sintomático e que apenas prolongam o sofrimento no contexto de uma situação clinicamente irreversível”<sup>48(p737)</sup>. Este conceito não colhe um consenso generalizado, sobretudo devido ao facto de poder haver uma diferença real entre os resultados que os procedimentos diagnósticos e terapêuticos permitem alcançar ao nível estritamente clínico e os benefícios subjetivamente percebidos por um doente com os seus valores, que ultrapassam as vantagens médicas e invadem a sua esfera pessoal<sup>69</sup>. Determinar a desadequação e a futilidade de tais procedimentos face a uma situação de doença evolutiva e irreversível revela-se, assim, um trabalho delicado para o profissional de Medicina, na medida em que comporta o risco de causar um sofrimento acrescido ao doente cuja vida seja prolongada artificialmente devido à obstinação e ao encarniçamento terapêutico (distanásia). Quando tal risco se concretiza, a implementação de medidas terapêuticas fúteis constitui uma invasão à integridade física do doente e uma violação deontológica grave que é potencialmente criminalizável pelo direito da bioética. A problemática nuclear incide, pois, no processo de decisão médica sobre a futilidade de um tratamento que não deve ser iniciado ou deve ser interrompido em virtude de já não mais contribuir para a melhoria da situação clínica do doente e de lhe infligir sofrimento. Reitera-se que este processo decisório engloba não apenas o profissional de Medicina, mas também os restantes membros da equipa de

cuidados de saúde e, sempre que for possível, o próprio doente capaz de valorar a sua qualidade de vida (biológica e biográfica) e os seus familiares ou representantes. Ao estar dependente deste processo de deliberação ética entre todos os intervenientes implicados na limitação do esforço terapêutico e na ponderação dos seus custos e benefícios para o doente, a decisão de não-iniciar ou suspender medidas de suporte vital legitima-se, assim, como uma boa prática médica. Embora possa implicar a antecipação da morte, John Griffiths, Heleen Weyers e Maurice Adams<sup>51(p60)</sup> elucidam-nos que se tem conseguido evitar equiparar a abstenção e a suspensão terapêutica a um ato de homicídio através de duas abordagens complementares: da *abordagem da omissão*, que retira responsabilidade criminal ao profissional de Medicina nas circunstâncias em que não se lhe pode imputar o dever de administrar tratamento fútil; e da *abordagem da justificação* implícita, que permite antecipar e evitar os danos que resultariam da administração de um tratamento fútil.

Deliberar sobre a futilidade terapêutica não implica, contudo, um menor investimento no bem-estar do doente; devendo constituir-se, contrariamente, numa oportunidade para redobrar a atenção sobre si mesmo e para reforçar o compromisso médico de não-abandono face ao próprio doente e aos seus familiares. Importa ressaltar, a este respeito, que o processo de decisão relativo à futilidade do tratamento pressupõe uma avaliação do prognóstico tão rigorosa quanto possível e consensualizada sobre a irreversibilidade do processo de morrer, com recurso a dois princípios éticos fundamentais: o princípio da proporcionalidade e o princípio da intencionalidade<sup>47-48,68-69</sup>. Segundo Timothy Quill, Bernard Lo e Dan Brock<sup>47</sup>, o princípio da proporcionalidade permite avaliar se o tratamento é proporcional ou desproporcionado para determinado doente com uma condição clínica particular, ponderando os benefícios que se esperam alcançar com a sua utilização e os possíveis danos daí resultantes para o agravamento da sua situação clínica. A desproporção do tratamento legitima tanto a sua não-iniciação como a sua suspensão em prol dos melhores interesses do doente, sendo por isso uma decisão oposta ao pugilismo terapêutico. Com o princípio da intencionalidade torna-se ainda possível distinguir os atos de abstenção/suspensão terapêutica da prática da morte medicamente assistida. Vários autores<sup>48,53,69</sup> arguíram que a morte ‘natural’ ocorrida na sequência da não-iniciação de terapêuticas desproporcionadas ou da cessação de um tratamento fútil resulta da progressão inexorável do curso da doença e da irreversibilidade do processo de morrer, ao invés de equivaler à sua causação intencional por omissão (na abstenção) ou ação (na suspensão) do agente médico. Como corolário, juntamente com demais defensores desta linha de raciocínio dominante, Isabel Neto afirma que não existe

uma distinção ética, moral ou legal entre “não iniciar determinada terapêutica desproporcionada e cessar uma que passou a sê-lo”<sup>69(p31)</sup>; embora admita que, do ponto de vista psicológico, para um médico possa “torna-se emocionalmente mais difícil proceder à suspensão de uma medida já iniciada do que não chegar a iniciá-la”<sup>69(p31)</sup>. Nesta citação, o reconhecimento do incômodo psicológico diferenciado entre a abstenção e suspensão terapêutica suscita-nos uma interrogação ética sobre o papel desempenhado pela escolha humana na previsão e antecipação da morte. À semelhança de Alexander Capron<sup>53</sup>, interrogamo-nos sobre a permissão para terminar a vida em virtude da não-iniciação ou abstenção terapêutica e, por contraste, sobre a interdição da morte medicamente assistida que deriva, concomitantemente, de uma escolha humana.

A problemática da escolha humana reconduz-nos à discussão prévia sobre a suspensão ou abstenção terapêutica por respeito ao direito de um doente competente a recusar tratamento e introduz um último elemento na reflexão ética: a adequação ou inadequação de estender o direito a recusar tratamento à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido. Tal extensão é considerada inapropriada pela Associação Médica Americana<sup>53,68</sup> e recebe uma forte oposição argumentativa por parte de Ezekiel Emanuel<sup>59</sup>. Consoante a posição deste autor<sup>59(pp1895-1899)</sup>, o direito a recusar tratamento confere ao profissional de Medicina a obrigação de respeitar essa decisão tomada por um doente competente mesmo nos casos em que implique a terminação antecipada da sua vida, mas não se correlaciona com nenhuma obrigação médica equiparável a administrar ou prescrever medicação letal com a intenção de lhe causar a morte a pedido. No seu entender, um pedido sério e explícito de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido não tem a mesma autoridade moral nem a mesma força vinculativa de um pedido para não-iniciar ou cessar terapêuticas de suporte de vida, motivo pelo qual considera inadmissível estender o direito à recusa de tratamento a um direito à prática da morte medicamente assistida. Contrariamente a esta perspetiva opositora, Dan Brock<sup>63(p11)</sup> e Tom Beauchamp<sup>65(p126)</sup> consideram plausível estendê-lo com base no argumento de não haver uma diferença substancialmente significativa entre o direito socialmente reconhecido a antecipar o fim da vida através da recusa de tratamento e o direito ética e legalmente interdito a solicitar ajuda médica para morrer através da eutanásia e do suicídio medicamente assistido. É de acrescentar, com suporte à argumentação defensora, que ambas as decisões são legitimadas pelos mesmos valores éticos matriciais (respeito pela autonomia e pelo exercício da autodeterminação individuais), resultando na morte do doente com o seu consentimento e podendo, ainda, envolver a mesma intenção médica nas duas formas de o auxiliar a pôr termo à vida. Justamente por estes

motivos, um pedido sério de morte medicamente assistida pode ser legitimado pelos mesmos princípios e valores éticos que norteiam a admissibilidade da abstenção ou suspensão terapêutica, inclusive no que respeita à ponderação do doente sobre o que, para si, significa morrer.

### **2.3.2. Controlo Sintomático da Dor com Efeito de Encurtamento do Tempo de Vida**

O controlo sintomático pressupõe a administração de medicação em doses indicadas, com combinações farmacológicas apropriadas e formas de escalada medicamentosa estritamente necessárias ao alívio de sintomas, tais como a dor, sem intencionar o encurtamento do tempo de vida<sup>48-49</sup>. Embora o enorme progresso técnico-científico, diagnóstico e terapêutico tenha permitido aperfeiçoar o controlo sintomático e o tenha tornado cada vez mais especializado e rigoroso, nem sempre é possível garantir que não encurte o tempo de vida de um doente a quem esses fármacos são administrados. Devido ao risco de acelerar a morte de modo não-intencional, mas previsto, o controlo sintomático encontra-se eticamente legitimado pelo princípio do duplo-efeito. Vários autores<sup>47,59,70-71</sup> explicitaram que o princípio do duplo-efeito se baseia na aceitação desse risco de antecipação da morte em virtude de proporcionar um maior benefício ao doente no alívio da dor e do sofrimento. O encurtamento do tempo de vida é, assim, entendido, segundo este princípio, como um efeito secundário e colateral da administração de altas doses farmacológicas (incluindo fortes opióides, entre os quais a morfina) que se destinam a atenuar dores severas e que podem, eventualmente, suprimir o centro respiratório do doente e precipitar-lhe a morte<sup>68</sup>. Num relatório de 1988, a Associação Médica Americana já havia reconhecido que “a administração do fármaco necessário para aliviar a dor de um doente terminal que sofre uma dor insuportável pode ser um tratamento médico adequado apesar de o efeito do fármaco poder encurtar a vida”<sup>53(p6)</sup>. Desde então até à atualidade, o princípio do duplo-efeito tem conferido uma permissibilidade ética consensual ao controlo sintomático suscetível de encurtar o tempo de vida; o que parcialmente se explica pelo facto de um doente, com capacidade de discernir, ser implicado no processo de decisão sobre o risco de morrer antecipadamente poder ser suplantado pelo benefício do alívio da dor e do sofrimento causados pela administração desses fármacos.

Todavia, a distinção entre o controlo sintomático com um possível efeito indesejado no encurtamento do tempo de vida e a administração ou a prescrição de fármacos com a intenção explícita de antecipar a morte aparenta ser uma distinção ténue. A subtilidade desta distinção está patente no resultado previsto (morte) que é causado pelo mesmo tipo de ação (administração ou

prescrição de fármacos) desempenhada com objetivos comuns (alívio da dor e do sofrimento do doente). Segundo a doutrina do duplo-efeito, o que torna a distinção entre o controlo sintomático com efeito de encurtamento do tempo de vida e a morte medicamente assistida uma distinção eticamente significativa é, justamente, a intenção subjacente do agente médico<sup>61,72</sup>. Para os defensores desta doutrina clássica, o controlo sintomático exige uma elevada mestria no domínio das técnicas de gestão e controlo da dor que acautela o uso desproporcionado de fármacos e evita que o médico responsável pela sua administração ultrapasse a fronteira entre o alívio da dor e a terminação da vida através da eutanásia ou do suicídio medicamente assistido. Atendendo a que a principal intenção médica determina o limite da ação, consideramos pertinente questionar a existência de concepções objetivas e subjetivas de intencionalidade não consideradas na doutrina do duplo-efeito. Este questionamento remete-nos para a constatação de que podem haver três níveis de intenção médica aquando da administração de fármacos. Segundo John Griffiths, Heleen Weyers e Maurice Adams<sup>51(pp65, 151)</sup>, um médico pode agir: sem intenção de encurtar a vida do doente, mas considerando e aceitando o risco de o controlo sintomático antecipar a sua morte (nível baixo de intencionalidade); com a intenção principal de aliviar sintomas e com uma co-intenção ou uma intenção subsidiária de encurtar o tempo de vida do doente (nível intermédio de intencionalidade); e, ainda, com a intenção explícita de antecipar a morte do doente através da administração de fármacos em doses suficientes para produzir esse resultado (nível elevado de intencionalidade). Os níveis intermédio e elevado de intencionalidade não são eticamente legitimados pela doutrina do duplo-efeito, mas devem interrogar-nos sobre a validade da diferença moral e legal que se estabelece entre o controlo sintomático com potencial efeito no encurtamento do tempo de vida de um doente e o seu pedido explícito e genuíno para morrer através da eutanásia ou do suicídio medicamente assistido. Conforme arguíram os últimos autores citados<sup>51(pp74, 152)</sup>, quando o alívio da dor e de outros sintomas é proporcionado em doses mais elevadas do que as recomendadas pelas boas práticas clínicas e essa dosagem excessiva de fármacos for deliberadamente administrada com uma intenção subsidiária, ou mesmo explícita, de causar a morte a um doente, o controlo sintomático configura um ato de terminação da vida equiparável à vertente hetero-administrada da morte medicamente assistida (eutanásia). A este propósito, H. Tristram Engelhardt<sup>61(pp37-38)</sup> também já havia defendido que a distinção entre ações ou omissões indiretamente intencionadas a reduzir o tempo de vida e intervenções ou omissões diretamente intencionadas a encurtá-lo não tem substância moral. Tais decisões médicas em fim

de vida representam categorias socialmente construídas que permitem, por um lado, aceitar acriticamente a terminação da vida como efeito colateral indesejado do controlo sintomático e, por outro lado, condená-la por ser explicitamente intencionada na morte medicamente assistida.

### **2.3.3. Cuidados Paliativos**

O papel dos profissionais que prestam cuidados paliativos concentra-se no alívio da dor e do sofrimento não apenas com recurso ao controlo sintomático, mas também através de outros procedimentos que podem ter influência na duração da vida<sup>48(727),53</sup>. Assim, somos impelidos a levantar a seguinte questão, inicialmente colocada por António Barbosa: “qual é o papel dos profissionais de saúde na ‘regeneração’ do interesse pela morte?”<sup>49(p39)</sup> Para respondermos a esta pergunta precisamos de enquadrar historicamente o surgimento dos cuidados paliativos e a mudança de atitude dos profissionais de saúde face à morte e ao processo de morrer.

No final da década de 60 (em 1968) do século XX foi iniciado o movimento dos cuidados paliativos por Cicely Saunders<sup>73</sup> em Inglaterra e, paralelamente, o movimento dos ‘hospícios’ (*hospice care*) por Elisabeth Kübler-Ross<sup>74</sup> nos Estados Unidos da América. Este movimento surgiu como uma reação à “tendência desumanizante da medicina moderna”<sup>69(p2)</sup>, voltada para a cura de doenças agudas (incluindo doenças infecciosas, como o HIV/Sida), e como uma resposta à escassez de recursos e de cuidados de saúde dedicados aos ‘doentes a quem já não havia nada a fazer’ nem era prestado um atendimento adequado às suas necessidades globais e específicas no período final da vida, em virtude de serem portadores de doenças crónicas incuráveis, avançadas e progressivas (tais como, doenças cardiovasculares, neoplasias e demências) que, ainda nos dias de hoje, envolvem uma enorme perda de autonomia e causam a morte. O movimento preconiza, pioneiramente, uma mudança de atitude socioprofissional face à cultura de negação da morte vigente até ao seu surgimento e, segundo a qual, reinava a ideia de um triunfalismo heroico sobre a própria morte assente na ilusão do pleno controlo médico da doença que, ao não ser alcançado, a tornava num momento de falhanço crasso e derrota para os profissionais de saúde<sup>49,69</sup>. Embora os avanços científicos na prática e investigação médicas, concomitantes com o desenvolvimento de meios tecnológicos e condições socioeconómicas nas sociedades ocidentais contemporâneas, tenham permitido acalantar essa ode triunfante, o aumento exponencial de indivíduos com uma maior longevidade e patologias crónicas gravemente incapacitantes determinaram a urgência de desenvolver cuidados de conforto, rigorosos e de qualidade, que lhes proporcionassem um final

de vida condigo. A implementação dos cuidados paliativos tornou, desta forma que responde à pergunta inicial, socialmente aceitável falar sobre a morte e o processo de morrer com dignidade.

Na senda deste breve enquadramento histórico, consideramos pertinente definir *cuidados paliativos* a partir das propostas definitórias apresentadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 90 e, posteriormente, em 2002. Na primeira proposta definitória da OMS, o conceito *cuidados paliativos* é entendido por cuidados ativos e totais que são prestados por uma equipa multidisciplinar aos doentes e seus familiares, a partir do momento em que deixa de haver resposta aos tratamentos curativos para uma doença e em que a expectativa de vida dos próprios doentes se afigura relativamente diminuta. Desta primeira proposta definitória, importa destacar a terminologia usada para designar os cuidados paliativos enquanto ‘cuidados ativos’ e ‘cuidados totais’. Tal como salientou António Barbosa<sup>49(p47)</sup>, o termo ‘cuidados ativos’ pretende combater o preconceito, previamente enunciado, de que ‘não há nada que a fazer’ por um doente em fim de vida com o pensamento de que existem ‘novas formas de fazer tudo’ com recurso aos cuidados paliativos. Por seu turno, o termo ‘cuidados totais’ apreende a abordagem holística deste tipo de cuidados na satisfação das necessidades do doente e dos seus familiares em diferentes dimensões (física, psicológica, social e espiritual). Este conceito é redefinido com maior precisão em 2002 pela OMS, sendo os cuidados paliativos “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”<sup>69(p3)</sup>. Com a redefinição proposta pela OMS, pretendeu-se clarificar o conceito *cuidados paliativos* sem atender a duas fragilidades conceptuais: em primeiro lugar, ao facto de a redefinição não permitir delimitar a área de intervenção dos cuidados paliativos face a outro tipo de cuidados e, em segundo lugar, ao facto de a redefinição sugerir que os cuidados paliativos seriam restritos a patologias oncológicas e situações terminais.

O desenvolvimento dos cuidados paliativos tem permitido ultrapassar as fragilidades associadas aos seus critérios assistenciais fundadores, quer ao nível da integração proporcional deste tipo de cuidados em todos os cuidados de saúde (diluindo um momento crítico de transição dos cuidados curativos para os cuidados paliativos), quer ao nível da inclusão de doentes nos períodos finais da vida e portadores de um mais vasto conjunto de doenças crónicas, avançadas, incuráveis e progressivas (não somente os doentes com neoplasias, mas também com

insuficiências respiratórias, cardíacas, renais e hepáticas, com doenças infecciosas tais como o VIH/Sida, com doenças neurológicas degenerativas tais como as demências, a esclerose lateral amiotrófica e a esclerose em placas). Esta ampliação dos critérios assistenciais que fundaram os cuidados paliativos traduz, assim, uma preocupação ética acrescida com a equidade e a acessibilidade a este tipo de cuidados, dos quais são potenciais beneficiários os doentes oncológicos e não-oncológicos com diagnóstico confirmado, um prognóstico limitado e com necessidades sintomáticas e multifactoriais causadoras de um forte impacto emocional nos próprios doentes, nos seus familiares e nos cuidadores (in-)formais. Embora o modelo americano de *hospice care* esteja direccionado para situações terminais (sobrevida esperada de 3 a 6 meses), o modelo europeu não se coaduna com tal rigidez temporal, na medida em que alude à integração nos cuidados paliativos tão precoce quanto possível dos doentes que, em fases diferenciadas de doenças crónicas e progressivas, manifestam necessidades multidimensionais determinadas pelo sofrimento, ao invés de o serem por um diagnóstico ou prognóstico específicos. A este respeito, Neto já havia referido que, “nos doentes oncológicos, os últimos 3 meses de vida correspondem habitualmente a um período de degradação progressiva marcada, enquanto nos doentes não oncológicos, dada a imprevisibilidade e maior duração da doença, essa degradação se faz com agudizações e de forma mais lenta”<sup>69(p16)</sup>. Devido às atuais desigualdades de acesso aos cuidados paliativos para doentes oncológicos e não-oncológicos, vários autores<sup>47,72</sup> enunciam uma possível restrição da prática da morte medicamente assistida à fase terminal das suas vidas. Contudo, esta restrição tem sido rebatida pela mesma linha argumentativa que rejeita a limitação dos cuidados paliativos a situações terminais, ou seja: pela ampliação da liberdade de escolha individual que respeite a definição subjetiva de sofrimento intolerável para o próprio doente e o seu direito a decidir em que momento morrer se torna preferível a continuar a viver.

Em virtude desta clarificação conceptual, atentamo-nos nos objetivos centrais e nas áreas de intervenção fundamentais dos cuidados paliativos. No que respeita às suas finalidades últimas, os cuidados paliativos destinam-se a promover o conforto e bem-estar dos doentes com doenças crónicas, avançadas e progressivas, bem como a maximizar a qualidade de vida e a proporcionar uma mudança positiva no estado funcional dos próprios doentes, sobretudo quando se verifica uma ausência de resposta às terapêuticas de cariz curativo e um limitado prognóstico de vida<sup>69</sup>. O reforço das medidas de conforto com recurso mínimo a tecnologia e a práticas terapêuticas inúteis (tais como: sondas naso-gástricas, ventiladores, alimentação parental, determinações



bioquímicas e enzimáticas, radiografias) evidencia, assim, o compromisso de não-abandono da equipa de profissionais de saúde perante doentes em grande sofrimento que beneficiam dos cuidados paliativos<sup>49</sup>. No âmbito da equipa prestadora destes cuidados, ainda se verifica uma reconversão do atual papel do profissional de medicina enquanto *curer of disease* para a assunção do tradicional papel do médico enquanto *healer of the sick*<sup>69(pp26-27)</sup>. Esta restituição benéfica do papel do médico enquanto cuidador dos doentes no períodos finais de vida revela a preocupação central dos cuidados paliativos com a intervenção no intenso sofrimento e com a sua minimização. Todavia, em jeito de contestação da morte medicamente assistida como uma resposta legítima do próprio doente face ao sofrimento intolerável que experiencia, Isabel Neto defende que “o esforço dos cuidados paliativos na resposta ao sofrimento gerado pela vivência da doença terminal não deve ser interpretado como sinónimo de o suprimir na íntegra ou de, para o conseguir, terminar com aquele que sofre”<sup>69(p7)</sup>. A citação anterior evidencia a posição dominante dos paliativistas relativamente à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido.

Em alternativa, os cuidados paliativos procuram intervir em quatro áreas fundamentais<sup>69</sup>, a saber: no controlo de sintomas, a fim de aliviar o sofrimento do doente e promover a sua dignidade; na comunicação adequada com o doente e os seus familiares; no apoio à família; e, ainda, no trabalho em equipa, segundo uma lógica de cooperação interdisciplinar. A intervenção dos cuidados paliativos no controlo sintomático destina-se a prever e tratar sintomas, tais como a dor, a dispneia e o delírio, com o intuito de proporcionar ao doente uma melhoria da sua qualidade de vida e a redução do sofrimento. Por seu turno, os cuidados paliativos intervêm no treino e na aquisição de estratégias de comunicação de más notícias por parte dos profissionais de saúde, no sentido de os tornar tão capazes quanto possível para lidar com a incerteza contida na formulação de um prognóstico. A par da confirmação da condição de irreversibilidade da situação clínica, a clareza do diagnóstico e do prognóstico exigem a consciencialização clínica de que na formulação deste último está contido um grau de incerteza relativo ao tempo de vida remanescente. Embora o prognóstico e a morte tenham sido historicamente preteridos face ao diagnóstico e ao tratamento, hoje em dia já é possível realizar estimativas fiáveis sobre o tempo que o doente viverá, tendo em consideração o curso de uma doença com letalidade conhecida e o padrão temporal em que varia o seu estado clínico<sup>47,49</sup>. A transmissão de informações sobre a duração do tempo de vida ao doente exige, por parte dos profissionais de saúde, como já referimos acima, a sua capacitação em estratégias de comunicação de más notícias e um trabalho

árido de aceitação da inevitabilidade da morte. Dado o papel crucial que a família desempenha na prestação de apoio ao doente em fim de vida, os familiares também são receptores de cuidados não apenas durante esse período difícil mas também no momento da perda e no decurso do processo de luto. O apoio ao doente e à família requer um trabalho em equipa interdisciplinar composta por três elementos base (um médico, um enfermeiro e um assistente social) e detentora dos contributos de profissionais pertencentes a outras áreas (psicólogo, nutricionista e capelão), de acordo com as necessidades específicas manifestadas tanto pelos doentes como pela família.

Considerando os objetivos principais e as áreas de intervenção prioritárias dos cuidados paliativos, somos impelidos a reconhecer que estes cuidados incorporam uma abordagem integral e holística relativamente ao doente e à família, valorizando não apenas uma dimensão física, mas igualmente as dimensões emocionais, sociais e espirituais que são constitutivas do ser humano. É de salientar, contudo, que embora os cuidados paliativos promovam os princípios éticos do respeito pela autonomia e pela dignidade do doente na fase final de vida e potenciem uma prática mais humanizada da Medicina, a sua filosofia de origem não contempla a possibilidade de o processo de morrer ser interrompido deliberadamente ao invés de constituir uma oportunidade de “aprendizagem” e de “crescimento”. A este respeito, Laura Santos elucida-nos que “a questão é que nem todas as pessoas estão dispostas, por razões de convicção interior e de estado de saúde, a aguentarem essa suposta pedagogia que a morte lhes reserva, até porque podem nem sequer divisá-la no horizonte. Deverão, nesse caso, ser obrigadas a aceitar o que visceralmente recusam?”<sup>44(p322)</sup> Se respondermos negativamente a esta pergunta, a morte medicamente assistida afigura-se como uma possibilidade de escolha assente na preferência por uma morte mais rápida condizente com o sistema de valores individual e com a intolerância ao sofrimento existencial, em detrimento de uma morte lenta norteada pela natureza. Todavia, já uma resposta positiva à mesma pergunta ilustra a tradição contrária dos cuidados paliativos face à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido. A título de exemplo, enquanto representante desta tradição, Isabel Neto argui que “os cuidados paliativos afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, pelo que não pretendem provocá-la/antecipá-la ou atrasá-la/adiá-la, através da eutanásia ou da ‘obstinação terapêutica’”<sup>69(p3)</sup>. O seu argumento é reforçado ao frisar que, contrariamente ao que sucede na vertente hetero-administrada da morte medicamente assistida, no âmbito dos cuidados paliativos “a morte ocorre como resultado da progressão inexorável da doença e da inevitável condição de mortalidade, e não porque em primeiro lugar e intencionalmente se deseja terminar

com a vida desse doente<sup>69(p31)</sup>. Nesta citação depreende-se que a morte medicamente assistida se equipara a um assassinio, não só segundo a perspectiva dos cuidados paliativos que a repudia, mas também à luz de uma tradição judaico-cristã milenar assente na ideia de que a vida é um bem indisponível. Tal equiparação falaciosa distancia-se, no entanto, dos diversos motivos pelos quais os doentes formulam pedidos genuínos de morte medicamente assistida, inclusive no âmago dos cuidados paliativos. Apesar de constituírem o melhor padrão de cuidados no fim da vida, importa lembrar que, em circunstâncias extremas, os cuidados paliativos podem revelar-se ineficazes e tornar-se inaceitáveis para um doente devido à incapacidade de obviar o seu sofrimento<sup>44,47,52,75</sup>. É, justamente por este motivo, que problematizamos a visão tradicional dos cuidados paliativos como uma alternativa mutuamente exclusiva face à morte medicamente assistida<sup>76-77</sup>. Do ponto de vista empírico, Kenneth Chambaere e col.<sup>78</sup> concluíram que a despenalização da eutanásia e do suicídio medicamente assistido não obstaculizou, mas sim acompanhou o desenvolvimento dos cuidados paliativos na Europa. A complementaridade entre estas decisões médicas em fim de vida (cuidados paliativos integrais<sup>44</sup>) possibilitará satisfazer as necessidades físicas, psicossociais e espirituais, assim como respeitar as convicções individuais e mais íntimas de cada doente.

#### **2.3.4. Sedação Paliativa**

Inserida no movimento dos cuidados paliativos, a sedação paliativa também assumiu a designação de sedação terminal na literatura especializada. A equivalência conceptual é, todavia, problemática e tem suscitado uma grande discordância entre vários autores<sup>48,51,69,79</sup> que, por um lado, manifestam preferência pelo termo *sedação paliativa* em detrimento do termo *sedação terminal* (demasiado restritivo aos últimos dias e horas que antecedem a morte) e, por outro lado, evidenciam diferenças substantivas entre ambas as decisões médicas em fim de vida. A principal diferença é relativa à manutenção da hidratação e nutrição artificial na sedação paliativa, por contraste com a sedação terminal em que a abstenção ou retirada desses meios artificiais de suporte de vida por um longo período de tempo pode antecipar a morte do doente<sup>51</sup>. Conforme nos elucida Margaret Battin<sup>79(p189)</sup>, embora a concomitante diminuição do nível de consciência com a abstenção ou a suspensão de hidratação e nutrição artificial não confira à sedação terminal uma equivalência moral face à morte medicamente assistida, os defensores desta última decisão médica em fim de vida consideram-na funcionalmente equivalente ao ato de provocar a morte a um doente através da eutanásia e do suicídio medicamente assistido.

Atendendo à preferência terminológica pela sedação paliativa, atentamo-nos de seguida na sua caracterização e definição, em perspetiva comparada com a morte medicamente assistida, quer através da discussão do princípio ético do duplo-efeito, quer através da sua justificação para a prossecução de uma eutanásia lenta<sup>72</sup> (*slow euthanasia*). A sedação paliativa caracteriza-se por três elementos fundamentais, que dizem respeito à temporalidade (sedação paliativa permanente ou intermitente), ao objetivo da sedação (ao nível do controlo sintomático físico ou psicológico), e à sua intensidade (sedação ligeira, que permite ao doente estabelecer alguma comunicação com o meio envolvente, ou sedação profunda, que coloca o doente num estado de inconsciência e lhe retira essa capacidade comunicativa). Nas diversas formas que assume, a sedação – profunda, contínua ou temporária – pode tornar-se necessária para controlar sintomas refratários que não consigam ser aliviados com recurso a outras medidas terapêuticas menos agressivas. Com efeito, segundo a proposta definitiva de Bert Broeckeaert, a sedação paliativa pressupõe a administração intencional de fármacos (sedativos) em doses combinadas que são necessárias para reduzir, com suficiente profundidade e previsível irreversibilidade, a consciência de um doente portador de uma doença avançada ou terminal, a fim de lhe aliviar o sofrimento e de controlar os sintomas refratários de uma forma adequada, com o seu consentimento explícito, implícito ou delegado a um representante legal, informal ou de saúde<sup>48,69</sup>. Apesar de a sedação paliativa não ser definida em função da intenção do médico, mas sim por referência à condição clínica do doente, António Barbosa<sup>48</sup> relembra-nos que esta decisão em fim de vida deve considerar os seguintes critérios: a intencionalidade que lhe está subjacente, a autonomia na tomada da decisão, a proporcionalidade e adequação do procedimento, assim como a possibilidade de antecipar prematuramente a morte.

Dado que a sedação paliativa procura intervir sobre os sintomas refratários e o sofrimento intolerável experienciado por um doente em fim de vida, o seu campo de intervenção conduz-nos a uma reflexão ética sobre o princípio do duplo-efeito. Inicialmente utilizado por São Tomás de Aquino, o termo *duplo-efeito* pressupõe a ideia de que, sob certas condições, o Mal pode tornar-se admissível se a intenção do agente for alcançar o Bem. Traduzindo esta ideia genérica numa formulação concreta, o princípio do duplo-efeito legitima eticamente uma decisão que cumpra os seguintes requisitos: a ação deve ser boa em si mesma ou, pelo menos, moralmente neutra; a intenção do agente deve ser produzir um bom efeito, ao invés de um mau efeito, que pode estar previsto mas não ser intencionado; o mau efeito não deve ser o meio utilizado para obter um bom efeito; o risco de permitir o mau efeito deve correr-se por haver uma ‘razão grave proporcionada’

e mediante um balanço favorável entre o bom efeito (intencionado) e o mau efeito (secundário) dessa ação<sup>44(p315)</sup>. Este princípio tem sido utilizado em muitas análises éticas normativas para distinguir atos médicos permissíveis (leia-se, sedação paliativa) de atos médicos impermissíveis (leia-se, eutanásia e suicídio medicamente assistido)<sup>47</sup>. Isto significa que, segundo o princípio do duplo-efeito, a morte – medicamente assistida – causada intencionalmente é sempre moralmente inadmissível, mesmo que seja solicitada por um doente competente cujo sofrimento não consiga ser aliviado pela sedação paliativa; tornando-se, no entanto, permissível se se tratar de uma morte antecipada inadvertidamente, em resultado de uma prática bem intencionada (sedação paliativa), mesmo que contenha a elevada probabilidade de precipitar o fim da vida.

Numa análise crítica à doutrina do duplo-efeito, Timothy Quill, Bernard Lo e Dan Brock<sup>47(p2101),70</sup> defendem que, apesar de o alívio do sofrimento e controlo de sintomas refratários ser a intenção principal da sedação, o passo adicional de não-iniciar ou de suspender a hidratação e nutrição artificial pode ser dado intencionalmente para permitir que o doente morra. A noção implícita de que a sedação paliativa só deixa que a natureza siga o seu caminho é problemática, na medida em que implica a administração contínua de barbitúricos ou benzodiazepinas para que doente seja sedado até à inconsciência a fim de obviar o sofrimento. Nesta linha argumentativa, os mesmos autores acrescentam que a intenção médica e a intenção do doente também são difíceis de determinar na prática da sedação paliativa, levantando uma questão pertinente sobre a responsabilidade médica na morte do doente e o tipo de intencionalidade que deve prevalecer nas sociedades ocidentais contemporâneas que privilegiam o respeito pela autonomia individual. Em resposta a esta pergunta, Timothy Quill argui que “as considerações morais cruciais para avaliar qualquer ato que pudesse causar a morte seria o direito à autodeterminação e integridade pessoal do doente, o consentimento informado obtido, a ausência de alternativas menos prejudiciais e a severidade do sofrimento do doente”<sup>44(p316)</sup>. Como corolário, se o processo de tomada de decisão for centralizado no exercício do direito à autodeterminação e no respeito pela integridade pessoal e vontade do doente, ao invés de o ser na intencionalidade subjacente ao ato médico, o princípio do duplo-efeito relativiza-se e tem pouca utilidade<sup>44,47,64,67,70</sup> para aferir a admissibilidade ética da sedação paliativa por comparação com a morte medicamente assistida. Em ambas as decisões, a morte pode ser perpetrada com uma intenção deliberada (o bom efeito) do agente, não se aplicando o princípio do duplo-efeito (o mau efeito secundário).

Além da doutrina do duplo-efeito ser controversa e não permitir determinar a moralidade da sedação paliativa, importa referir que a morte subsequente à implementação desta prática pode ser perspectivada como o resultado de uma “eutanásia lenta”<sup>72,80</sup>. Tal como foi definido por J. Andrew Billings e Susan Block, o termo *eutanásia lenta* refere-se à “prática clínica de tratar o doente terminal de uma forma que o conduzirá seguramente a uma morte confortável, mas não demasiado rápida (...); sendo utilizada como um último recurso, quando a tecnologia médica não pode aliviar o sofrimento ou proporcionar uma qualidade de vida significativa”<sup>72(pp21,27)</sup>. Apesar de a sedação paliativa ser indicada para aliviar o sofrimento e para controlar sintomas refratários nos casos em que os doentes precisam ser induzidos até um estado de inconsciência, esta prática pode representar uma forma de “eutanásia lenta”<sup>72</sup> nos casos em que os doentes sedados prefeririam ter-se mantido conscientes e haviam formulado pedidos genuínos, explícitos e repetidos para antecipar o fim da vida pela vertente hetero-administrada da morte medicamente assistida. Acrescente-se que, quando é equiparada a uma “eutanásia lenta”, a sedação paliativa implica a abstenção/suspensão de hidratação e nutrição artificial, requerendo ainda o incremento e o ajuste progressivo da dosagem medicamentosa (escalada terapêutica), que pode mesmo suprimir o centro respiratório, a fim de alcançar a sonolência e inconsciência de um doente, cujos sintomas refratários (ex.: dor, ansiedade, agitação, delírio, dispneia) e o sofrimento intratável se pretendem atenuar com a expectativa associada de que a morte seja antecipada gradualmente.

A lentidão e morosidade da sedação contrasta com a prática da eutanásia, na medida em que a hetero-administração de fármacos letais possibilita uma morte mais rápida e responsabiliza diretamente o agente médico envolvido no procedimento. Este exercício comparativo evidencia a razão pela qual a sedação paliativa obtém aceitação socioprofissional e tem sido considerada uma opção alternativa à eutanásia, mas não a isenta de um questionamento ético. Assim sendo, porque é que um doente que solicita, de forma convicta e insistente, uma morte rápida deve estar sujeito a um processo de morrer que seja apenas lentamente acelerado por um curso de ação combinado entre a administração de fármacos e a não-iniciação ou a retirada de hidratação e nutrição artificial? O ajustamento paulatino de fármacos administrados em doses necessárias para reduzir a consciência de um doente e mantê-lo adormecido até ao fim da vida permite criar a ilusão de que a sua morte ocorre “naturalmente”, anulando o sentido de agência e tornando difusa a responsabilidade do profissional de Medicina envolvido na prática da sedação paliativa. A par de conferir um rosto aceitável a uma prática proibida, a sedação paliativa mantém, ainda, o

doente em estado de inconsciência num limbo vital que pode ferir a sua integridade pessoal e não servir os seus melhores interesses. Perante um doente competente que rejeite a sedação paliativa, a sua indução a um estado de inconsciência profundo e irreversível em resposta a um pedido válido de eutanásia ou suicídio medicamente assistido pode constituir uma grave violação da sua dignidade e incrementar um sofrimento adicional na família durante o compasso de espera que antecede a morte. Por seu turno, no caso do doente não estar competente para manifestar a sua vontade face à sedação paliativa, esta prática pode ainda comportar perigos que comumente se associam à vertente hetero-administrada da morte medicamente assistida (eutanásia). O risco de a sedação paliativa ser praticada sem o consentimento doente, devido à sua incapacidade para participar em discussões prévias e no processo de tomada de decisão sobre o fim da vida, ou mesmo à sua revelia, suscita uma controvérsia similar às práticas da eutanásia não-voluntária e da eutanásia involuntária<sup>44,51,68</sup>. Do ponto de vista médico, o desafio prevalecente é não resvalar nessa rampa escorregadia e encetar todas as diligências necessárias para encontrar “soluções mutuamente aceitáveis”<sup>47(p2103)</sup> que respondam aos anseios singulares de cada doente.

### **2.3.5. Cessação Voluntária de Alimentação e Hidratação**

A cessação voluntária de alimentação e hidratação pressupõe a recusa de comida e bebida por parte de um doente competente, com uma doença crónica, avançada, incurável e progressiva, com o propósito de antecipar a sua morte. Quando, nestas circunstâncias extremas, um doente competente decide interromper a alimentação e hidratação artificial ou deixar de comer e beber, o seu intuito é permitir que a morte ocorra, geralmente em resposta a um pedido não atendido de eutanásia ou suicídio medicamente assistido. A título de exemplo, refira-se o estudo quantitativo publicado por Boudewijn Chabot, em 2007, no qual o psiquiatra holandês procurou saber com que frequência a terminação da vida ocorreu em resultado da recusa de comida e bebida, a par da utilização de fármacos capazes de induzir o sono. Os resultados deste estudo sobre o fenómeno da “auto-eutanásia”<sup>44(p57),51(p182)</sup>, assim designado pelo próprio autor, revelaram que, em mais de metade dos casos estudados, os doentes (numa estimativa anual de 4400) assumiram o controlo do processo de morrer através da cessação voluntária de alimentação e hidratação ou da ingestão de soníferos na sequência da rejeição médica dos seus pedidos de morte medicamente assistida e, inclusive, da antecipação dessa recusa. Mais se afirma que a decisão de recusar comida e bebida não inclui a perda de apetite nem a incapacidade de deglutição e de ingestão de líquidos, sendo

caraterizada pela: persistência e determinação do doente ao longo do tempo para manter a recusa de alimentação e hidratação, contrariando a ideia de que se trataria de um ato impulsivo; consciência de que tal decisão coloca em risco a sobrevivência, sendo por vezes equiparada a uma “suicídio lento”; intenção explícita do doente em acelerar o processo de morrer, que pode variar de 1-3 semanas ou demorar mais tempo se for mantida a ingestão de líquidos<sup>47-48</sup>.

Esta decisão comporta vantagens e desvantagens face à morte medicamente assistida que merecem uma reflexão ética aprofundada. Por um lado, a cessação voluntária de alimentação e hidratação tem a vantagem de não implicar nenhuma infração legal, considerando-se uma válida extensão do direito de um doente competente e informado a recusar medidas de suporte de vida<sup>53</sup>. Acresce que a recusa de comida e bebida não requer, potencialmente, a participação de nenhum agente médico, contrariamente à prática da morte medicamente assistida que introduz alterações substanciais na visão tradicional da profissão médica ao implicar uma participação direta (caso da eutanásia) ou indireta (caso do suicídio medicamente assistido) do profissional de Medicina no ato de terminação da vida. Por outro lado, a cessação voluntária de alimentação e hidratação pode demorar semanas para produzir o resultado pretendido pelo doente (antecipação da morte), o que representa um acréscimo de sofrimento não só para o próprio, mas também para a sua família e para os profissionais de saúde que testemunham a inanição e a desidratação do doente. Embora os cuidados de conforto possam amenizar o sofrimento e os sintomas refratários desde o momento em que o doente inicia a recusa de comida e bebida até que a sua morte ocorra, os familiares e profissionais de saúde tendem a perspetivar o respeito por esta decisão como uma forma de abandono<sup>68</sup>. Morrer de fome e de sede, sobretudo sem recurso a sedação ou analgesia, representa simbolicamente uma forma de tortura que é moralmente repugnante e socialmente inaceitável pela degradação física e psicológica que provoca no doente. Durante o período final do processo de morrer, o doente que se recusa a comer e a beber é suscetível de perder clareza mental devido às alterações cognitivas e aos sintomas refratários que experiencia e que podem levantar sérias dúvidas sobre a voluntariedade dessa decisão. A violação da integridade pessoal e a dificuldade em avaliar a natureza voluntária da recusa de alimentação e hidratação nos últimos momentos de vida constituem as principais desvantagens desta prática quando comparada com a da morte medicamente assistida, em que a voluntariedade se supõe estar e prevalecer assegurada pela formulação explícita e repetida de pedidos de eutanásia ou suicídio medicamente assistido.



### 3. Despenalização e Evolução das Práticas Legais de Morte Medicamente Assistida na Europa e nos Estados Unidos da América

A morte medicamente assistida, que incorpora a eutanásia e o suicídio medicamente assistido, tem suscitado acérrimos debates ético-jurídicos nas últimas décadas<sup>58,81-82</sup>. Um dos principais fatores explicativos do aumento e aprofundamento das discussões sobre a antecipação do fim da vida, a pedido do doente e com auxílio médico, reporta-se às progressivas mudanças ocorridas nos enquadramentos legais e nos posicionamentos socioprofissionais tanto na Europa como nos Estados Unidos da América. Conforme se observa no Quadro 2, a morte medicamente assistida encontra-se despenalizada em quatro países europeus (Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Suíça) e legalizada em cinco estados norte-americanos (Oregon, Washington, Montana, Vermont e Califórnia). Sublinhe-se que tais regimes de morte medicamente assistida estão alicerçados em critérios distintos, entre os quais se destaca: por um lado, o critério do *sofrimento permanente e insuportável* do doente, que prevalece no contexto europeu; por outro lado, a condição de *doença terminal*, prevalecente no contexto norte-americano. Os regimes que enquadram a licitude destas práticas de fim de vida assumem configurações específicas sobre as quais refletimos de seguida.

**Quadro 2: Legislação da Morte Medicamente Assistida na Europa e nos EUA**

Europa	
Eutanásia e Suicídio Medicamente Assistido	
▪	Holanda: <i>The Dutch Termination Of Life On Request And Assisted Suicide (Review Procedures) Act</i> (desde 2002, mas tendo obtido a primeira revisão legal de ambas as práticas em 1994)
▪	Bélgica: <i>La Loi Relative À L'Euthanasie</i> (desde 2002) e <i>Loi Modifiant La Loi Du 28 Mai 2002 Relative À L'euthanasie, En Vue D'étendre L'euthanasie Aux Mineurs</i> (desde 2014)
▪	Luxemburgo: <i>La Loi Sur L'Euthanasie Et L'Assistance Au Suicide</i> (desde 2009)
Suicídio Assistido	
▪	Suíça: Artigo 115 do Código Penal (elaborado em 1942, mas utilizado para legitimar esta prática desde 1984)
Estados Unidos da América	
Suicídio Medicamente Assistido	
▪	Oregon: <i>The Oregon Death With Dignity Act</i> (desde 1997)
▪	Washington: <i>The Washington Death With Dignity Act</i> (desde 2009)
▪	Montana: <i>Decisão Do Supremo Tribunal De Montana</i> (em 2009)
▪	Vermont: <i>Patient Choice And Control At End Of Life</i> (desde 2013)
▪	Califórnia: <i>The California End Of Life Option Act</i> (desde 2015)

Nos Estados Unidos da América, apenas o suicídio medicamente assistido foi objeto de regulamentação, após a aprovação por referendo e a posterior entrada em vigor da Lei da Morte com Dignidade (*Death with Dignity Acts*) nos estados do Oregon<sup>83</sup> em 1997 e de Washington<sup>84</sup> em 2009. Mais recentemente, legislou-se sobre a Lei da Escolha e do Controlo do Doente no Fim da Vida (*Patient Choice and Control at End of Life Act*) no estado de Vermont<sup>85</sup> em 2013, assim como a Lei da Opção no Fim da Vida (*The California End Of Life Option Act*) na Califórnia<sup>86</sup> já em 2015; não havendo, contudo, registo oficial sobre a prática do suicídio medicamente assistido nos dois últimos estados que o despenalizaram. Acrescente-se que o enquadramento legal sobre o suicídio medicamente assistido é similar nestes quatro estados norte-americanos, sendo aplicável com base na verificação dos seguintes critérios e salvaguardas: aplica-se a indivíduos adultos (18 ou mais anos), que neles residam, sendo mentalmente competentes e com capacidade para tomar decisões médicas, portadores de doenças incuráveis e progressivas, previsivelmente conducentes à morte no prazo de seis meses (doentes terminais), mediante a formulação de dois pedidos orais 15 dias antes da morte e um pedido escrito nas últimas 48 horas, dirigido a médico especialista do respetivo estado, para que lhes seja prescrita medicação letal a fim de terminar a vida por via da autoadministração desses fármacos; podendo ser auxiliados por voluntários de organizações *right-to-die* (destacando-se a *Compassion & Choices* pela sua dimensão e tradição histórica)<sup>87-89</sup>.

Todavia, ao contrário do que se verifica nos Estados Unidos da América (onde só o suicídio medicamente assistido foi paulatinamente integrado no domínio da legalidade, permanecendo interdita a eutanásia), na Europa, a morte medicamente assistida assume uma configuração legal distinta e obteve uma aceitação socioprofissional antecipada. O país europeu que melhor ilustra a aceitabilidade médico-jurídica da eutanásia e do suicídio medicamente assistido na década de 90, que antecedeu a sua despenalização efetiva, é a Holanda. O ano de 2002 marca, de uma forma pioneira, a entrada em vigor da Lei da Terminação da Vida a Pedido e do Suicídio Assistido (*Termination Of Life On Request And Assisted Suicide Act*) para doentes adultos e menores com 12 ou mais anos de idade na Holanda<sup>90</sup>; clarificando os requisitos segundo os quais a morte medicamente assistida poderia ser considerada uma boa prática clínica.

Além da Holanda, a Bélgica<sup>91-92</sup> também despenalizou a morte medicamente assistida e, em 2002, colocou em vigor a Lei relativa à Eutanásia (*Loi Du 28 Mai 2002 Relative À L'euthanasie*), que já foi modificada em 2014 para eliminar o limite de idade na sua aplicação (*Loi Modifiant La Loi Du 28 Mai 2002 Relative À L'euthanasie, En Vue D'étendre L'euthanasie*

*Aux Mineurs*). De acordo com a lei belga, a eutanásia – definida como um ato, praticado por um terceiro, que põe intencionalmente fim à vida de uma pessoa (adulta ou menor de idade, mediante uma avaliação psiquiátrica), que faz um pedido voluntário, refletido e repetido nesse sentido por considerar não haver outra solução razoável para a sua situação) – é aplicável quando os doentes se encontram numa situação médica sem saída, responsável por um sofrimento físico ou psíquico constante e insuportável, que não pode ser atenuado e que resulta de uma afetação accidental ou patológica grave e incurável. Com exceção da sua recente modificação legal, a partir da legislação belga, no Luxemburgo<sup>93</sup> foi desenvolvida e colocada em vigor a Lei sobre a Eutanásia e a Assistência ao Suicídio (*Loi Du 16 Mars 2009 Sur L'euthanasie Et L'assistance Au Suicide*) no ano de 2009. A lei luxemburguesa só é aplicável aos doentes adultos (18 ou mais anos) que se encontram nas mesmas situações previstas na legislação belga (situação médica incurável com um sofrimento físico ou mental constante e insuportável para o próprio doente, que não perspectiva melhoria); não obstante a escassez de dados levantar dúvidas sobre a sua efetiva implementação (Tabela 1).

Enquanto na Holanda, na Bélgica e no Luxemburgo foram desenvolvidos instrumentos legais para regulamentar as práticas de morte medicamente assistida, na Suíça não existe uma lei que regulamente o suicídio assistido nos moldes peculiares em que é praticado em clínicas privadas e suscita controvérsia devido ao fenómeno do “turismo do suicídio”<sup>94</sup> (*suicide tourism*) por parte de estrangeiros, incluindo portugueses<sup>95(pp25-39)</sup>. Este inquietante vazio legal levou, em 2013, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos<sup>96</sup> a requerer que a Suíça clarifique os critérios para a prescrição de medicação letal, o que não aconteceu até ao momento, perpetuando esta situação obnubilada, apesar dos prévios esforços encetados pela Comissão Nacional de Ética Biomédica suíça<sup>97</sup>. Através de uma interpretação invertida do artigo 115 do código penal suíço, que somente criminaliza a ajuda ao suicídio por motivação egoísta, em 1984, uma associação suíça defensora do direito a morrer com dignidade (Exit-Deutsche Schweiz) instituiu que o suicídio assistido seria legítimo se fosse praticado com motivações altruístas<sup>44</sup>. Desde então, em seis organizações defensoras do “direito a morrer com dignidade” (*right-to-die organizations*) é possível que, somente residentes suíços (na Exit-Deutsche Schweiz e na Exit-Association Pour Le Droit de Mourir Dans La Dignité), residentes suíços e germânicos (na StHD-SterbeHilfe Deutschland), residentes suíços e estrangeiros (na Dignitas<sup>98</sup> e na Eternal Spirit) e, inclusive, só estrangeiros (na Ex International) coloquem fim à vida com o auxílio dos voluntários dessas

organizações<sup>89,96,99</sup>. A auto-administração de medicação letal por residentes e/ou estrangeiros que revelam possuir uma boa capacidade de discernimento e reflexão sobre o ato suicida não requer a presença de um médico no momento da morte. Por este motivo, o “suicídio assistido” na Suíça não é designado por “suicídio medicamente assistido”, tal como sucede nos países europeus despenalizadores.

Em termos comparativos, importa frisar que a morte medicamente assistida tem evoluído exponencialmente tanto na Europa como nos Estados Unidos da América, sendo a tendência de crescimento mais evidente no contexto europeu. Ao analisar a Tabela 1 é possível verificar que, em valores absolutos, o número de mortes resultantes das práticas de morte medicamente assistida predomina na Holanda (com 5516 casos de mortes por administração ou ingestão de medicação letal, dos quais 5277 são respeitantes à eutanásia). Por seu turno, ainda que de forma menos expressiva face à realidade europeia, nos estados norte-americanos do Oregon e de Washington observa-se um número aproximado de mortes por ingestão de medicação legal (com 132 e 166 casos registados de suicídio medicamente assistido em 2015, respetivamente).

**Tabela 1: Frequência das Práticas de Morte Medicamente Assistida nos Países Europeus e Estados Norte-Americanos que a Despenalizaram, 1990, 1995, 2000-2015 (N)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HOLANDA <sup>100</sup> – total de casos estimados de MMA	2700	3600	–	3800	–	–	–	2425	–	–	–	–	4050	–	–	–	–	–
HOLANDA <sup>101-102</sup> – total de casos notificados de MMA	–	1466	–	2054	–	1815	1886	1933	1923	2120	2331	2636	3136	3695	4188	4829	5306	5516
Notificações EUT	–	–	–	–	–	1626	1714	1765	1765	1923	2146	2443	2910	3446	3965	4501	5033	5277
Notificações SMA	–	–	–	–	–	148	141	143	132	167	152	156	182	196	185	286	242	208
Notificações EUT+SMA	–	–	–	–	–	41	31	25	26	30	33	37	44	53	38	42	31	31
BÉLGICA <sup>103</sup> – total de casos notificados de EUT	–	–	–	–	24	235	349	393	429	495	704	822	953	1133	1432	1807	–	–
LUXEMBURGO – total de casos notificados de EUT	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	4	5	9	8	7	–
SUIÇA <sup>104-105</sup> – total de casos de SA (apenas residentes)	–	–	–	–	–	187	–	–	–	–	–	297	–	–	508	587	742	–
SUIÇA <sup>98</sup> – SA na <i>Dignitas</i> (residentes e estrangeiros)	–	–	7	50	76	100	105	138	195	138	132	89	97	160	198	205	204	222
OREGON <sup>106</sup> – total de casos notificados de SMA	–	–	27	21	38	42	37	38	46	49	60	59	65	71	85	73	105	132
WASHINGTON <sup>107</sup> – total de casos notificados de SMA	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	36	51	70	83	119	126	166

Legenda: Morte Medicamente Assistida (MMA), Eutanásia (EUT), Suicídio Medicamente Assistido (SMA) e Suicídio Assistido (SA). Fontes: HOLANDA: Dados sobre casos estimados de MMA publicados por Bregje Onwuteaka-Philipsen e col.<sup>100</sup> e casos notificados de MMA com reporte às *Dutch Regional Euthanasia Review Committees*<sup>101-102</sup>. BÉLGICA: Dados sobre casos notificados de EUT com reporte à *Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie*<sup>103</sup>. LUXEMBURGO: Dados sobre casos notificados de EUT com reporte à *Commission Nationale De Contrôle Et d'Évaluation De La Loi Du 16 Mars 2009 Sur L'euthanasie Et L'assistance Au Suicide*<sup>108</sup>. SUIÇA: Dados sobre casos de SA publicados por Christoph Junker do *Federal Statistical Office*<sup>104-105</sup>. Dados sobre casos de SA na *Dignitas*<sup>98</sup>. OREGON: Dados sobre casos notificados de SMA com reporte à *Oregon Public Health Division*<sup>106</sup>. WASHINGTON: Dados sobre casos notificados de SMA com reporte ao *Washington State Department of Health*<sup>107</sup>.

Esta tendência já havia sido identificada por Guenter Lewy<sup>109(p148)</sup>, isto porque as práticas de morte medicamente assistida são mais prevalentes na Holanda (representando 3.7% do total de mortes ocorridas em 2015, das quais 3.6% por eutanásia e só 0.1% por suicídio medicamente assistido)<sup>110</sup>, em seguida na Bélgica (1.7% do total de mortes por eutanásia em 2013<sup>110</sup>, não obstante ter atingido 4.6% por eutanásia e 0.05% por suicídio medicamente assistido no mesmo ano na região belga da Flandres<sup>111</sup>), na Suíça (1.1% por suicídio assistido, havendo ainda registo de 0.3% por eutanásia em 2013)<sup>112</sup>, no Oregon (0.39% por suicídio medicamente assistido em 2015<sup>110</sup>, o que representa um aumento significativo face a 0.1% do total de mortes em 2007<sup>113</sup>) e, por fim, em Washington (com o número de casos registados de suicídio medicamente assistido a representar 0.32% do total de mortes registadas neste estado norte-americano em 2015)<sup>110</sup>.

Recuperar as evidências empíricas disponíveis é pré-condição necessária para analisar as práticas de morte medicamente assistida<sup>44,51,59,88,109,114</sup>. Afim de aprofundar esta análise, escrutina-se, no contexto europeu, o caso pioneiro da Holanda – onde, desde a segunda metade do séc. XX, a morte medicamente assistida se realiza com grande abertura pública e apoio consolidado dos tribunais e da Medicina –; assim como, no contexto norte-americano, o caso pioneiro do Oregon. O enfoque analítico nestes dois diferentes regimes de morte medicamente assistida justifica-se: no caso da Holanda, pela publicação sistemática de seis estudos de prevalência referentes a 1990, 1995, 2001, 2005, 2010 e 2015, com o intuito de monitorar a evolução das práticas de eutanásia, suicídio medicamente assistido e de outras decisões médicas em fim de vida<sup>34,100,110,115-117</sup>; e, no caso do Oregon, pela publicação de relatórios oficiais sobre a incidência e as características dos casos notificados às autoridades estaduais para aferir a evolução do número anual de prescrições e mortes por ingestão de medicação letal (suicídio medicamente assistido)<sup>13,32,35,106,113,118-119</sup>, desde 1998 até 2015. O escrutínio dos primeiros regimes de morte medicamente assistida em vigor na Europa e nos Estados Unidos da América é imprescindível para sustentar empiricamente o debate ético-legal sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido. Quanto aos benefícios de analisar as práticas de morte medicamente assistida segundo as evidências empíricas disponíveis, Paul van der Maas e Linda Emanuel<sup>120</sup> já haviam referido que “os estudos empíricos irão melhorar substancialmente a qualidade do debate ético tanto na sociedade em geral como na profissão médica, irão auxiliar na formulação de regulamentações públicas responsáveis, irão promover e orientar a qualidade da formação médica e, sobretudo, irão melhorar a qualidade dos cuidados para os doentes em fim de vida”<sup>120(p174)</sup>.

### 3.1. Morte Medicamente Assistida na Holanda

Na Holanda, segundo a Lei da Terminação da Vida a Pedido e do Suicídio Assistido<sup>90</sup> (*Termination Of Life On Request And Assisted Suicide Act*), o termo *eutanásia* é definido pela administração de medicação letal por um médico com a intenção explícita de terminação da vida do doente mediante o seu pedido explícito, enquanto o termo *suicídio medicamente assistido* se define pela auto-administração de medicação letal por parte do próprio doente, tendo sido essa medicação intencionalmente prescrita pelo seu médico para terminar a vida.

Na década que antecedeu a despenalização efetiva, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido foram práticas aceitáveis, não criminalizáveis, se cumprissem um conjunto de requisitos definidos pelos tribunais e pela classe médica em 1994, a saber: se o doente considerasse o seu sofrimento insuportável; se o seu desejo de morrer fosse ponderado e persistente; se o seu pedido de terminação da vida fosse voluntário; se o médico consultasse outro médico sobre o pedido; se o médico não atribuisse a morte do doente a causas naturais e preservasse os seus ficheiros clínicos<sup>101(p1706)</sup>. Após uma década de despenalização progressiva, em 2002 é aprovada a lei – *The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* – que, efetivamente, descriminaliza a morte medicamente assistida na Holanda. A este propósito, van der Heide e col.<sup>116</sup> atestam que “a lei legalizou oficialmente a eutanásia e o suicídio medicamente assistido pela primeira vez, mas na verdade simplesmente despenalizou uma prática existente, dado que os médicos não tinham sido condenados por terminarem a vida dos doentes desde que os seus atos fossem consistentes com os padrões de cuidados que tinham sido estabelecidos no início da década de 90”<sup>116(p1958)</sup>. Desde o ano de 2002 até à atualidade, ambas as práticas têm sido realizadas se se verificar que, no cumprimento das boas práticas clínicas, um médico: tiver a convicção de que o pedido do doente foi voluntário e bem considerado; tiver a convicção de que o sofrimento do doente foi permanente e insuportável; tiver informado o doente sobre a situação em que ele se encontrava e sobre as suas perspectivas; o próprio médico e o doente tiverem a convicção de que não havia outra solução razoável para a sua situação; tiver consultado, pelo menos, um outro médico independente que observe o doente e lhe expresse a sua opinião por escrito sobre todos os requisitos de boas práticas clínicas anteriormente referidos; tiver terminado a vida ou assistido o doente no seu suicídio de acordo com as já referidas boas práticas clínicas<sup>51,121</sup>. Mais se afirma que a terminação da vida a pedido (eutanásia) e o suicídio assistido podem ser requeridos a um médico por parte de uma pessoa (adulta ou menor com entendimento

razoável dos seus interesses) doente que experiencie, de uma forma permanente, um sofrimento insuportável e que já não perspetive nenhuma outra solução razoável para a sua situação.

Os primeiros cinco estudos nacionais holandeses que monitorizaram a evolução destas práticas de eutanásia e suicídio medicamente assistido durante as últimas duas décadas (entre 1990 e 2010) enquadraram-nas num contexto mais amplo de decisões de fim de vida, que inclui: a terminação da vida sem pedido explícito do doente, a intensificação do alívio dos sintomas, a suspensão dos tratamento de prolongamento da vida, a sedação profunda contínua e, ainda, a terminação da vida através da recusa em comer e beber por parte do doente (Tabela 2).

**Tabela 2: Prevalência da Eutanásia, do Suicídio Medicamente Assistido e de Outras Decisões Médicas em Fim de Vida na Holanda, 1990, 1995, 2001, 2005, 2010 e 2015 (%)**

	1990	1995	2001	2005	2010	2015
Principais decisões de fim de vida						
<b>Eutanásia</b>	<b>1.7</b>	<b>2.4</b>	<b>2.6</b>	<b>1.7</b>	<b>2.8</b>	<b>3.6</b>
<b>Suicídio medicamente assistido</b>	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>	<b>0.1</b>	<b>0.1</b>
Terminação da vida sem um pedido explícito do doente	0.8	0.7	0.7	0.4	0.2	—
Intensificação do alívio dos sintomas	18.8	19.1	20.1	24.7	36.4	—
Suspensão do tratamento de prolongamento da vida	17.9	20.2	20.2	15.6	18.2	—
Total	39.4	42.6	43.8	42.5	57.8	—
Sedação profunda contínua	—	—	—	8.2	12.3	—
Decisão do doente em terminar a vida por recusa em comer e beber	—	—	—	—	0.4	—

Tabela construída a partir do primeiro estudo elaborado por van der Maas e col.<sup>34</sup> relativo a 1990, do segundo estudo elaborado por van der Maas e col.<sup>115</sup> relativo a 1995, do terceiro estudo elaborado por Onwuteaka-Philipsen e col.<sup>117</sup> relativo a 2001, do quarto estudo elaborado por van der Heide e col.<sup>116</sup> relativo a 2005, do quinto estudo elaborado por Onwuteaka-Philipsen e col.<sup>100</sup> com dados de 2010, do sexto estudo elaborado por Ezekiel Emanuel e col.<sup>110</sup> relativo a 2015.

O incremento da eutanásia e outras decisões de fim de vida (tomadas em 57.8% do total das mortes em 2010, enquanto em 1990 se cingiam a 39.4%) é indicativo da maior importância destas decisões na prática médica holandesa. Tal incremento é justificado não só com o aumento da taxa de mortalidade, devido ao envelhecimento populacional, e com o aumento da proporção de mortes por cancro em virtude da diminuição de mortes por doença isquémica do coração, mas também com a maior disponibilidade de técnicas de suporte de vida e com mudanças geracionais nas atitudes dos próprios doentes<sup>115(p1703)</sup>. Reportando ao período de despenalização progressiva no contexto holandês, verifica-se que a taxa de eutanásia aumentou substancialmente de 1.7%

em 1990 para 2.4% em 1995, sendo que, desde então, se manteve estável até 2001 (ano em que já representou 2.6% do total de mortes). Todavia, três anos após a entrada em vigor da lei que despenalizou esta prática na Holanda, a taxa de eutanásia diminuiu substancialmente de 2.6% em 2001 para 1.7% em 2005, invertendo a tendência de crescimento progressivo entre 1990 e 2001. À semelhança do sucedido no último período considerado, a taxa de eutanásia voltou a registar um aumento exponencial de 1.7% em 2005 para 2.8% em 2010, representando 3.6% do total das mortes em 2015. Numa lógica explicativa, os autores do quarto estudo holandês<sup>116</sup> interpretaram a diminuição da taxa de eutanásia entre 2001-2005 como o resultado da tomada de outras decisões médicas de fim de vida, nomeadamente a sedação profunda contínua (que obteve um aumento de 8.2% em 2005 para 12.3% em 2010, justificado pela atenção redobrada nos cuidados paliativos). Apesar de a eutanásia e de a sedação não serem práticas mutuamente exclusivas na terminação intencional da vida, os mesmos autores sublinharam que, por um lado, os pedidos de sedação estão mais associados ao sofrimento físico e que, por outro lado, os pedidos de eutanásia se relacionam sobretudo com a deterioração física e o sofrimento existencial<sup>116(p1963)</sup>. Ao explicar esta inversão da tendência decrescente (para a qual contribuiu a relutância e a insegurança dos médicos sobre o modo de funcionamento da lei aquando da sua entrada em vigor) no período mais recente, os autores relacionaram o aumento da incidência da eutanásia com o crescimento no número de pedidos explícitos de eutanásia (de 4.8% em 2005 para 6.7% em 2010) e com a maior proporção de pedidos aceites (de 37% em 2005 para 45% em 2010). A não aceitação dos pedidos de eutanásia é, aliás, apontada como a principal causa para, em 2010, uma pequena proporção de doentes (0.4%) ter antecipado a sua morte pela recusa de comida e bebida<sup>100</sup>.

Escrutinando, em seguida, a vertente auto-administrada da morte medicamente assistida, verifica-se que o suicídio medicamente assistido tem sido praticado de um modo constantemente residual na Holanda. Entre 1990 e 2001, o suicídio medicamente assistido foi responsável por apenas 0.2% de todas as mortes ocorridas no país, sendo que após a despenalização dessa prática de fim de vida, a mesma sofreu uma redução simbólica para 0.1% desde 2005 até 2015. O facto de a taxa de suicídio medicamente assistido se manter inexpressiva na Holanda é surpreendente, nomeadamente se considerarmos que confere maior autonomia ao doente no processo de morrer. Com o intuito de nos auxiliar na interpretação deste resultado inesperado, os autores do segundo estudo supracitado<sup>115</sup> esclareceram que, “na Holanda, a responsabilidade do médico no suicídio medicamente assistido não é diferente da responsabilidade que assume na eutanásia”<sup>115(p1704)</sup>.



Embora aparentem não haver diferenças na responsabilidade dos médicos holandeses implicados em ambas as vertentes da morte medicamente assistida, os dados empíricos (Tabela 2) revelam que o suicídio medicamente assistido tem sido muito menos frequente do que a eutanásia. Refira-se, ainda, que esta persistente tendência é contrária às recomendações da própria Associação Médica Holandesa, que confere primazia à vertente auto-administrada da morte medicamente assistida<sup>122</sup>. Embora esta preferência se alicerce na ideia de que a autonomia e a responsabilidade dos doentes na tomada das decisões relativas ao fim de vida estão mais estreitamente articuladas com a assistência no suicídio do que com a provisão de eutanásia, importa reconhecer que alguns doentes necessitam de assistência médica disponível no caso de surgirem problemas imprevistos. A este propósito, os autores do primeiro estudo holandês<sup>34</sup> já haviam sublinhado que “muitos doentes querem uma garantia de que o seu médico os irá ajudar a morrer caso o sofrimento se torne intolerável”<sup>34(p673)</sup>. Para além deste motivo, a fraqueza e a incapacidade física também são apontados como razões para preferir a eutanásia ao suicídio medicamente assistido<sup>100,117,123</sup>.

Dada a relevância do envolvimento dos doentes e das suas respetivas famílias em ambas as práticas de morte medicamente assistida, a seguir caracterizamo-las com detalhe. O primeiro estudo holandês, referente ao ano 1990, permitiu concluir que: em 96% dos casos de eutanásia e suicídio medicamente assistido, os médicos consideraram que os pedidos dos doentes foram explícitos e persistentes; em 99% dos casos, os médicos estavam seguros de que os pedidos dos doentes não tinham sido condicionados por pressões exteriores; em 100% dos casos, os médicos estavam convencidos de que os doentes tinham informação e conhecimento suficientes sobre a evolução das doenças<sup>34(p672)</sup>. Já nos subsequentes estudos holandeses foi possível saber que, entre 1995 e 2010, todos os doentes cuja morte foi alcançada através das práticas de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido haviam discutido previamente tais decisões com os seus médicos. Observou-se também que a discussão dessas práticas entre médicos e familiares aconteceu em 96% dos casos de morte medicamente assistida ocorridos em 2001, tendo sido menos frequente nos anos de 1995, 2005 e 2010 (em 70%, 75.5% e 70.5% dos casos, respetivamente). Cumprindo um requisito existente desde o início da década de 90 e da lei em vigor de 2002, os médicos discutiram mais frequentemente com outro colega a decisão de praticar a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido. Assim, nota-se que a percentagem de casos nos quais tais decisões de fim de vida foram discutidas com um ou mais colegas médicos subiu de 83% em 1995 para 90.7% em 2001, tendo atingido 93.8% de todos os casos de mortes medicamente assistidas em 2010<sup>100</sup>.

Tal como na discussão destas práticas de fim de vida, também o tempo de vida encurtado devido à utilização de medicação letal merece uma atenção particular. Na Holanda, a vida dos doentes foi reduzida menos de 1 semana em 59% dos casos de eutanásia e suicídio medicamente assistido ocorridos em 1995; indicando que tais práticas foram efetuadas em fases avançadas das doenças. Desde então, registou-se um aumento no tempo de vida encurtado por ambas as práticas (concretizadas em fases já menos avançadas das situações de doença), na medida em que os médicos estimaram que as mesmas foram responsáveis pelo encurtamento de 1 semana ou mais tempo de vida de 54% dos doentes que obtiveram assistência médica nas suas mortes em 2001 e em 2005, tendo abrangido inclusive 58% desses doentes já no ano de 2010<sup>100</sup>.

Após esta análise evolutiva da prevalência da morte medicamente assistida no contexto holandês entre 1990 e 2010, importa caraterizar os doentes que recorreram a tais práticas de fim de vida nas últimas décadas. Com efeito, na Tabela 3 analisamos as taxas de morte medicamente assistida, segundo o tipo de médico envolvido nas práticas de eutanásia e suicídio medicamente assistido e as caraterísticas sociodemográficas (género, idade e causa de morte) dos doentes.

**Tabela 3: Prevalência da Morte Medicamente Assistida, segundo as caraterísticas dos doentes, na Holanda, 1990, 1995, 2001, 2005, 2010 (%)**

	1990	1995	2001	2005	2010		1990	1995	2001	2005	2010
<b>Género</b>						<b>Causas de morte</b>					
Masculino	2.1	2.2	3.1	2.0	3.5	Neoplasias malignas (cancro)	4.4	7.0	7.4	5.1	7.6
Feminino	1.7	2.8	2.5	1.5	2.5	Doenças Cardiovasculares	0.5	0.3	0.4	0.3	0.5
						Outras Doenças/Desconhecida	1.1	1.0	1.2	0.4	1.1
<b>Idade</b>						<b>Tipo de médico</b>					
0-64	3.0	4.6	5.0	3.5	5.6	Esp. Medicina Geral e Familiar	3.1	4.3	5.8	3.7	5.8
65-79	2.3	2.9	3.3	2.1	4.0	Outros Especialistas Clínicos	1.4	1.8	1.8	0.5	0.9
≥80	1.0	1.2	1.4	0.8	1.4	Esp. Medicina Geriátrica	0.1	0.3	0.4	0.2	0.4

Tabela construída a partir de van der Heide e col.<sup>116(p1962)</sup>, Onwuteaka-Philipsen e col.<sup>100(p910)</sup> e Guenter Lewy<sup>109(pp33,35)</sup>.

Embora a prevalência da morte medicamente assistida tenha vindo a aumentar em ambos os géneros na Holanda, as taxas de eutanásia e suicídio medicamente assistido nos doentes do género masculino (de 2.1% em 1990 para 3.5% em 2010) foram sempre superiores às do género feminino (de 1.7% em 1990 para 2.5% em 2010); exceptuando em 1995 (em que a percentagem

das mortes medicamente assistidas no total das mortes ocorridas no país não ultrapassou os 2.5% no caso das mulheres mas alcançou os 3.1% no caso dos homens). Acrescente-se que, analisadas em conjunto, as taxas de eutanásia e suicídio medicamente assistido tendem a ser cada vez mais altas nas faixas etárias mais jovens (0-64 anos e 65-79 anos) e a manter-se baixas na faixa etária mais avançada (80 e mais anos). Nas últimas duas décadas, ambas as práticas prevaleceram nos doentes com menos de 65 anos (com taxas de 3.0% em 1990 e 5.6% em 2010), seguindo-se os doentes com mais de 65 e menos de 80 anos (com taxas de 2.3% em 1990 e 4.0% em 2010). O facto de ambas as práticas não se terem disseminado etariamente é comprovado, na Tabela 3, pelo baixo valor das taxas de morte medicamente assistida em doentes com 80 e mais anos (1.0% em 1990 e 1.4% em 2010). Mas, apesar de o género e a idade não interferirem substancialmente nestas decisões médicas de fim de vida, a causa de morte introduz uma variação significativa na sua prevalência. Note-se que o cancro foi o diagnóstico mais frequente nos doentes que receberam assistência médica para morrer durante a última década na Holanda. As taxas de eutanásia e suicídio medicamente assistido nos doentes cujo cancro constituía a principal causa de morte (de 4.4% em 1990 e 7.6% em 2010) são as mais elevadas, por comparação com as dos doentes com outras doenças que morreram após a administração ou a ingestão de medicação letal entre 1990 e 2010. A maior prevalência destas práticas em doentes com cancro já não se estende a doentes com doenças cardiovasculares, que invariavelmente recorreram menos frequentemente à morte medicamente assistida (representando apenas 0.5% do total de mortes no país, em 2010).

O envolvimento dos profissionais de Medicina nestas decisões de fim de vida não diferiu substancialmente nas últimas décadas, sendo os médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar os principais protagonistas envolvidos nas práticas de morte medicamente assistida na Holanda. É de salientar que, entre 1990 e 1995, enquanto a maioria dos médicos considerava a eutanásia como um procedimento exceccionalmente aceitável na prática clínica<sup>34(p671),115(p1705)</sup>, no ano de 2001 – anterior à legalização da terminação intencional da vida –, esses profissionais já reportaram que se tinham tornado mais restritivos e menos frequentemente permissivos em relação à eutanásia<sup>117</sup>. Esta relutância face à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido tem-se mantido entre os médicos geriátricos holandeses, nomeadamente se atendermos ao facto de os doentes ao cuidado desses especialistas reportarem as menores taxas de morte medicamente assistida nas últimas duas décadas (0.1% em 1990 e 0.4% em 2010). Tal resultado alusivo à raridade destas práticas em lares de idosos (*nursing homes*) pode ser explicado não só pela maior

relutância dos médicos que aí trabalham em concordar com as mesmas, mas também pela situação de grande fragilidade inerente aos doentes institucionalizados, que poderão morrer no seguimento de decisões médicas preferenciais de não tratamento das intercorrências inerentes às doenças de que padecem<sup>34(p673)</sup>. Se, na Tabela 3, compararmos os médicos especialistas em Medicina Geriátrica com os que se dedicam outras especialidades clínicas, verificamos que os médicos especialistas não aparentam ser tão relutantes em participar na terminação intencional da vida. Todavia, os estudos nacionais holandeses revelaram, ainda, que tais especialistas estão cada vez menos frequentemente envolvidos neste tipo de práticas de fim de vida. Essa tendência de menor envolvimento de médicos especialistas em ambas as práticas de morte medicamente assistida é comprovada pelo facto de as taxas de eutanásia e suicídio medicamente assistido dos doentes ao cuidado destes profissionais terem diminuído entre 1990 e 2010 (de 1.4% para 0.9%). Mas se é verdade que os médicos geriátricos e de outras especialidades têm relutância acrescida em participar nas práticas de morte medicamente assistida, também não deixa de o ser que a maior parte dos atos de terminação intencional da vida são praticados por médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar. Na Holanda, a taxa de eutanásia e suicídio medicamente assistido em doentes atendidos por médicos desta especialidade representou 5.8% do total de mortes ocorridas na Holanda em 2001 e 2010. Segundo van der Maas e col.<sup>34,115</sup>, o maior envolvimento dos médicos de Medicina Geral e Familiar nestas práticas justifica-se por dois motivos: em primeiro lugar, pelo vínculo emocional e partilha do sofrimento intolerável, proporcionados por contatos regulares entre os médicos e os doentes ao longo de vários anos de relação terapêutica; e, em segundo lugar, pelo local da morte preferencial ser o domicílio (ao invés do hospital), onde os doentes recebem acompanhamento médico. É de notar, a este propósito, que a legalização da morte medicamente assistida na Holanda beneficiou a relação médico-doente, na medida em que melhorou a confiança dos doentes nos seus médicos<sup>124</sup> e proporcionou conversações mais abertas entre ambos sobre quais as melhores opções de fim de vida<sup>100</sup>.

Atentamo-nos, por fim, nas múltiplas e intrincadas motivações subjacentes a tais práticas. No primeiro estudo holandês<sup>34(p672)</sup>, os principais motivos pelos quais os doentes reivindicaram a morte medicamente assistida em 1990 foram: a perda de dignidade (57%), a dor e indignidade do processo de morrer (46%), o sentimento de dependência de outras pessoas (33%) e o “cansaço de viver”<sup>125</sup> (23%). Dez anos mais tarde, os médicos envolvidos nestas práticas aceitaram os pedidos de eutanásia e suicídio assistido maioritariamente por diferentes motivos<sup>100(p174)</sup>, a saber:

por respeito pela vontade do doente (82% em 2005 e 85% em 2010), ausência de perspectiva de melhoria do doente (85% em 2005 e 82% em 2010), inexistência de mais opções de tratamento (73% em 2010) e pela perda de dignidade (60% em 2005 e 61% em 2010).

Em suma, através da análise de prevalência destas práticas de fim de vida na Holanda que nos propusemos fazer, concluímos que a eutanásia e o suicídio medicamente assistido aparentam ser decisões tomadas mais frequentemente por médicos de clínica geral e, simultaneamente, por doentes do sexo masculino, relativamente jovens, residentes em zonas urbanas e com neoplasia associada à principal causa de morte. Os seis estudos nacionais holandeses indicam que tal perfil sociográfico é revelador de uma mudança atitudinal dos doentes, no sentido de os mesmos, pelos motivos já enunciados, reivindicarem uma maior participação nas decisões sobre o fim da vida.

### 3.2. Suicídio Medicamente Assistido no Oregon

No Oregon, com a entrada em vigor da Lei da Morte com Dignidade (*Death with Dignity Act*)<sup>83</sup> em 1997, a vertente auto-administrada da morte medicamente assistida foi despenalizada pela primeira vez nos Estados Unidos da América. Apesar de esta vertente se reportar ao *suicídio medicamente assistido* na prática, importa clarificar que tal expressão é rejeitada na própria lei, onde se propõe genericamente “terminar a vida de uma forma humana e digna”<sup>83</sup>. Atendendo à preferência legislativa pelos termos *morte com dignidade, ajuda no morrer e morte medicamente assistida*<sup>113</sup>, Timothy Quill procura justificar esta preferência terminológica quando afirma que “as mortes ao abrigo *The Oregon Death with Dignity Act* não são suicídios, pelo que o estado já não utiliza a designação ‘suicídio medicamente assistido’ para descrever a prática”<sup>124(p1912)</sup>.

Conforme explicitámos anteriormente, a Lei da Morte com Dignidade (*Death with Dignity Act*)<sup>83</sup> obriga a que a prescrição médica de medicamentos em doses letais seja facultada apenas a doentes residentes no estado do Oregon, adultos (com 18 ou mais anos de idade), capazes de tomar e comunicar aos profissionais de saúde decisões informadas sobre a terminação das suas próprias vidas, e ainda que tenham sido medicamente diagnosticados com uma doença incurável e irreversível em fase terminal (previsivelmente conducente à morte em menos de seis meses). O cumprimento destes requisitos por parte do próprio doente confere-lhe a possibilidade de requerer a prescrição de medicação letal a um médico autorizado a fazê-lo, não obstante ainda ser preciso atender ao cumprimento de critérios e salvaguardas adicionais, a saber: a realização de dois pedidos orais pelo doente ao médico, os quais devem estar temporalmente separados por

15 dias; a realização de um pedido escrito pelo doente ao médico (48 horas antes do momento da morte), o qual deve ser assinado na presença de duas testemunhas; a confirmação do diagnóstico e do prognóstico por parte do médico prescritor e de um médico consultado para esse efeito; a determinação da capacidade do mesmo doente para tomar essa decisão, pelo médico prescritor e consultado; a referenciação para avaliação psicológica do doente, se qualquer um dos médicos (prescritor ou consultado) considerar que a decisão do doente está a ser condicionada por uma doença psiquiátrica ou por um distúrbio psicológico; a informação ao doente, por parte do médico prescritor sobre as alternativas possíveis, tais como sejam o controlo da dor, os cuidados de paliativos; e, por fim, a indicação do médico prescritor ao doente para que este último informe os seus familiares mais próximos sobre esse pedido para obter a prescrição da medicação letal.

Ainda de acordo com a Lei da Morte com Dignidade (*Death with Dignity Act*)<sup>83</sup>, todos os médicos que participam nestas práticas de suicídio medicamente assistido estão obrigados a reportarem as suas prescrições de medicação letal ao *Oregon Department of Human Services*. Por sua vez, este departamento estadual delega nos membros da *Oregon Public Health Division* a responsabilidade de verificar o cumprimento desses requisitos e de publicar relatórios anuais com dados estatísticos para efeitos de monitorização dos receptores das prescrições e das mortes ocorridas após a ingestão dos medicamentos prescritos (Tabela 4), assim como para efeitos de caracterização dos próprios doentes (Tabela 5) que morreram ao abrigo da lei, entre 1998 e 2015.

**Tabela 4: Frequência das Prescrições de Medicação Letal e das Mortes por Ingestão de Medicação Letal no Oregon, 1998-2015 (N)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Receptores da prescrição de medicação letal	24	33	39	44	58	68	60	65	65	85	88	95	97	114	116	121	155	218
Mortes por ingestão de medicação letal	16	27	27	21	38	42	37	38	46	49	60	59	65	71	85	73	105	132

Tabela construída a partir dos relatórios anuais publicados pela *Oregon Public Health Division*<sup>106(p2)</sup> sobre a implementação da lei *The Oregon Death with Dignity Act*.

Através da análise global dos dados publicados na tabela 4, observa-se que desde 1997 – o ano que marca a aprovação da lei *The Oregon Death with Dignity Act* – até 2015, 1545 doentes receberam por parte dos seus médicos prescrições de medicação letal e que apenas 64.1% deles (596 doentes) morreram na sequência de terem ingerido medicamentos prescritos com a intenção explícita de terminarem vida. Mais se afirma que, desde 1998 até 2013, o número de prescrições

escritas anualmente aumentou em média 12.1% (de 24 para 121 prescrições), registando já um aumento médio de 24.4% entre 2014 e 2015 (de 155 para 218 prescrições). A taxa de mortes por ingestão de medicação letal ao abrigo desta lei situou-se em 38.6% por cada 10.000 mortes que ocorreram em 2015 no estado do Oregon<sup>106</sup>. Quanto ao número de prescrições escritas e de medicações ingeridas, refira-se que, dos 218 doentes que receberam prescrições de medicação letal em 2015, mais de metade (60.6%; 132 doentes) morreram após ter ingerido a medicação. Um aspeto relevante da descriminalização da vertente auto-administrada da morte medicamente assistida (suicídio medicamente assistido) é, justamente, o facto de o número de residentes no Oregon a receber este tipo de ajuda médica para morrer (24 receptores de prescrições em 1998 e 218 receptores em 2015) ser muito superior ao dos que efetivamente morreram em virtude dessa ajuda (16 mortes após a ingestão de medicação letal em 1998 e 132 mortes em 2015). Por outras palavras, quer isto dizer que aproximadamente dois terços dos doentes que receberam essa prescrição morreram na sequência de a terem ingerido, tendo cerca de um terço dos doentes morrido de outras causas<sup>124</sup>. O aumento exponencial de receptores de prescrições de medicação letal, por contraste com um crescimento menos expressivo de mortes ocorridas após a ingestão dessa medicação, suscita várias interpretações possíveis. Entre elas, a mais credível aponta para que a não utilização da medicação letal (com uma taxa de cerca de 35% ao longo dos anos) seja devida à sustentação do sofrimento que os doentes julgavam tornar-se insuportável nas etapas finais da vida. A este propósito, Laura Santos refere que “há quem peça a medicação para o caso de vir a sentir, um dia, que não aguenta mais o sofrimento, mas o facto de pedir a medicação não significa que a vá tomar. Possuir uma via segura de ‘escape’ funciona de um modo altamente tranquilizador, de tal modo que lhe poderá dar a possibilidade de aguentar o que antes pensava ser insuportável”<sup>44(pp144-145)</sup>. Além de aparentar ser uma opção de último recurso para mortes indesejadas<sup>126</sup>, a medicação letal facultada aos doentes que a solicitaram funciona como um mecanismo de controlo absoluto relativamente aos seus processos de morrer<sup>109</sup>.

Por conseguinte, atentamo-nos na caracterização dos doentes que, desde 1998 até 2015, morreram na sequência da ingestão de medicação letal, ao abrigo da lei *The Oregon Death with Dignity Act*. Da Tabela 5 constam os principais dados extraídos dos relatórios oficiais publicados anualmente sobre as características sociodemográficas e clínicas (género, idade, escolaridade, estado civil, etnia, doenças diagnosticadas, cuidados e preocupações em fim de vida) dos doentes que ingeriram a medicação letal no estado do Oregon.

**Tabela 5: Frequência das Mortes por Ingestão de Medicação Letal, segundo as características dos doentes, no Oregon, 1998-2015 (%)**

	1998-2014 (N=859)	2015 (N=132)	Total (N=991)
<b>Género</b>	%	%	%
Masculino	52.7	42.4	51.4
Feminino	47.3	57.6	48.6
<b>Idade</b>	%	%	%
18-54	10.0	6.1	9.5
55-64	21.4	15.9	20.7
65-74	28.8	31.1	29.1
75-84	26.7	22.7	26.1
≥85	13.2	24.2	14.6
<b>Escolaridade</b>	%	%	%
Ensino básico	6.0	5.4	5.9
Ens. secundário	21.9	23.8	22.2
Freq. universit.	26.2	27.7	26.4
Ensino superior	45.9	43.1	45.5
<b>Estado civil</b>	%	%	%
Casado	46.1	39.7	45.3
Viúvo	23.1	26.0	23.5
Solteiro	8.1	6.9	7.9
Divorciado	22.7	27.5	23.3
<b>Etnia</b>	%	%	%
Caucasiana	97.1	93.1	96.6
Africana	0.1	0.0	0.1
Indiana	0.2	0.0	0.2
Asiática	1.1	3.1	1.3
Hispânica	0.7	3.1	1.0
Outras etnias	0.9	0.8	0.8

	1998-2014 (N=859)	2015 (N=132)	Total (N=991)
<b>Doenças diagnosticadas</b>	%	%	%
Neoplasias malignas (cancro)	77.9	72.0	77.1
Esclerose Lateral Amiotrófica	8.3	6.1	8.0
Doenças respiratórias crónicas	4.4	4.5	4.5
Doenças cardíacas	2.0	6.8	2.6
HIV/SIDA	1.1	0.0	0.9
Outras doenças	6.3	10.6	6.9
<b>Cuidados paliativos (<i>hospice care</i>)</b>	%	%	%
Doentes inscritos	90.2	92.2	90.5
Doentes não-inscritos	9.8	7.8	9.5
<b>Seguro de saúde</b>	%	%	%
Privado	60.2	36.7	57.2
Medicare, Medicaid, outro público	38.3	62.5	41.4
Nenhum	1.5	0.8	1.4
<b>Preocupações no fim da vida</b>	%	%	%
Perda de capacidade para se envolver em atividades apazíveis	88.7	96.2	89.7
Perda de autonomia	91.5	92.4	91.6
Perda de dignidade	79.3	75.4	78.7
Perda de controlo do corpo	50.1	35.7	48.2
Encargo p/ família/cuidadores	40.0	48.1	41.1
Controlo inadequado da dor	24.7	28.7	25.2
Implicação financeira tratamento	3.2	2.3	3.1

Tabela construída a partir dos relatórios anuais publicados pela *Oregon Public Health Division*<sup>106(pp5-6)</sup> sobre a implementação da lei *The Oregon Death with Dignity Act*.

Os dados constantes nos relatórios oficiais revelaram que, entre 1998 e 2015, no total de 991 mortes ocorridas após ingestão de medicação letal no Oregon, a maioria delas dizia respeito aos: doentes do género masculino (51.4%), com idades compreendidas entre 65-84 anos (55.2%),



com frequência universitária ou um grau de ensino superior concluído (71.9%), casados (45.3%), residentes em áreas metropolitanas, detentores de etnia caucasiana (96.6%) e, ainda, portadores de doenças respeitantes a neoplasias malignas (77.1%) e à esclerose lateral amiotrófica (8.0%). A manutenção do perfil sociográfico dos doentes que morreram após a ingestão de medicação letal nos dezoito anos de funcionamento da lei que regulamenta o suicídio medicamente assistido no Oregon obriga-nos a questionar o argumento da “rampa escorregadia” (*slippery slope*), segundo o qual esta prática tenderá a proliferar-se por grupos potencialmente vulneráveis<sup>19,23,127-129</sup>.

No que respeita aos cuidados de fim de vida prestados aos 991 doentes que morreram ao abrigo da lei *The Oregon Death with Dignity Act* desde 1998 até 2015, verifica-se que a grande maioria dos doentes estava coberta por um seguro privado (57.2%) ou público (41.4%) de saúde, e que a esmagadora maioria deles recebeu cuidados paliativos nos últimos seis meses de vida (90.5%). Relativamente a este último indicador, importa sublinhar o facto de uma referenciação prévia dos doentes que usufruíram deste tipo de assistência médica na morte para *hospice care* (cuidados paliativos dirigidos aos doentes que deixaram de estar sujeitos aos tratamentos com perspectivas curativas, e cujos prognósticos apontavam para que os mesmos tivessem cerca de seis meses de vida) ter aumentado exponencialmente durante o período de funcionamento da lei<sup>52(p61),130</sup>. A par de SY Wang e col.<sup>131</sup> terem atestado a maior utilização deste tipo de cuidados no estado Oregon face ao conjunto dos Estados Unidos da América, Guenter Lewy<sup>109</sup> também já havia corroborado esse facto ao afirmar que, “desde a aprovação da lei, a inscrição nos cuidados paliativos tem aumentado progressivamente, sendo hoje em dia a maior no país”<sup>109(p137)</sup>.

O maioritário envolvimento nas estruturas de cuidados paliativos sugere que os doentes que morreram na sequência da ingestão de medicação letal não o fizeram por falta de provisão de cuidados de fim de vida (dos quais a maioria deles usufruiu), mas sim por outras razões. Tal como se observa na Tabela 5, as principais preocupações no fim da vida manifestadas pelos 991 doentes residentes no Oregon que, entre 1998 e 2015, recorreram às substâncias letais para morrer não se alteraram substancialmente ao longo do tempo, sendo sobretudo referentes à perda de autonomia (reportada por 91.6% desses doentes), à menor capacidade de envolvimento em atividades que tornam a vida aprazível (89.7%) e à perda de dignidade (78.7%). Acrescente-se que, menos de metade dos doentes obtiveram assistência médica para morrer por motivos alusivos à progressiva perda de controlo das suas funções corporais (48.2%), ao encargo que julgam ser para as suas famílias, amigos ou outros cuidadores (41.1%) e, por fim, ao inadequado

controlo da dor (25.2%). Saliente-se que, entre 1998 e 2015, 3.1% dos doentes que ingeriram medicação letal indicaram as implicações económicas dos seus tratamentos como motivos de preocupações no fim de vida (Tabela 5). Estes resultados estão alinhados com os de outros estudos, nos quais também se notou que as preocupações financeiras e a ausência do controlo de sintomas físicos não constituem os principais motivos para os doentes formularem pedidos de morte medicamente assistida<sup>10,15,36,113,132</sup>. O facto de o controlo inadequado da dor ter sido reportado por cerca de um terço dos doentes que morreram ao abrigo da lei *The Oregon Death with Dignity Act* desde 1998 até 2015 sugere que os sintomas físicos não são o principal motivo para solicitar a prescrição de medicação letal. A título exemplificativo, refira-se que, no estudo de Robert Pearlman e col.<sup>132</sup> dirigido a doentes que haviam manifestado interesse em recorrer ao suicídio medicamente assistido, os seus autores concluíram que a perda de sentido na vida, os medos face ao futuro, as experiências negativas com o processo de morrer e o desejo de controlar a própria morte foram as principais razões para os doentes intencionarem recorrer à vertente auto-administrada da morte medicamente assistida. Outro estudo mais recente realizado por Elizabeth Goy e Steven Dobscha<sup>15</sup> corroborou a ideia de que os principais motivos pelos quais os doentes requerem a prescrição de medicação letal com o intuito de terminarem a vida por via da ingestão da medicação derivavam, sobretudo, da vontade em controlar o processo de morrer e as próprias circunstâncias em que a sua morte ocorre, assim como do medo antecipado de vir a perder a independência, a autonomia e a funcionalidade, da incapacidade de cuidar de si mesmos, da antecipação do sofrimento futuro e da percepção subjetiva de progressiva redução da qualidade de vida.

Numa lógica de complementaridade analítica, concluímos esta reflexão através do olhar clínico sobre as motivações para se formular um pedido de suicídio medicamente assistido. Os médicos envolvidos na aplicação da lei *The Oregon Death with Dignity Act* arguíram que os doentes que lhes pediram ajuda para morrer por via da ingestão de medicação letal revelam ter personalidades fortes e convicções profundas. Guenter Lewy<sup>109</sup> concede-nos uma explicação mais detalhada para esta análise, ao afirmar que “muitos dos médicos que prescreveram a medicação letal reportaram que os seus doentes tinham sido determinados e independentes ao longo das suas vidas, ou que a decisão de solicitar a prescrição letal era consistente com convicções duradouras sobre a importância de controlar a forma pela qual morrem”<sup>109(p136)</sup>.

#### **4. Recepção de Pedidos e Práticas Ilegais de Morte Medicamente Assistida nos Estados Unidos da América e na Europa**

O desenvolvimento de diferentes enquadramentos legais, sobre os quais refletimos atrás, para regulamentar as práticas de morte medicamente assistida não é, contudo, suficiente para compreender a natureza dos problemas enfrentados pelos próprios médicos face aos pedidos e às práticas ilegais de eutanásia e suicídio medicamente assistido, tanto nos países que não chegaram a legalizá-las, como nos países que entretanto as despenalizaram. A apreensão do fenómeno da morte medicamente assistida é complexa e difícil por múltiplos fatores que confluem para a sua ocultação nos domínios da investigação científica e da prática clínica<sup>133-134</sup>. É por reconhecermos o elevado grau de dificuldade em apreender este fenómeno invisível (porque interdito na maioria dos países europeus e estados norte-americanos), que procuramos estudar a morte medicamente assistida a partir de uma perspetiva quantitativa que obriga à revisão sistemática dos inquéritos aplicados aos profissionais de Medicina nos estados norte-americano e nos países europeus onde ambas as práticas permanecem interditas e nos períodos que antecederam a sua despenalização efetiva. Através da revisão destes estudos empíricos, julgamos ser possível conhecer a frequência com que os médicos europeus e norte-americanos receberam pedidos de morte medicamente assistida e participaram em práticas subterrâneas de eutanásia e suicídio medicamente assistido.

Os vieses metodológicos que tais estudos quantitativos suscitam (ao nível da formulação das perguntas e das taxas de resposta) não foram, contudo, impeditivos de se proceder à análise comparativa da frequência com que os pedidos de ajuda médica para morrer foram recebidos e positivamente respondidos por parte dos médicos em exercício da prática clínica nos países que nunca chegaram a legalizar a morte medicamente assistida ou posteriormente a despenalizaram. Embora seja extremamente difícil determinar a proporção de médicos especialistas que foram solicitados por doentes para os ajudarem a antecipar o fim da vida e que acederam a tais pedidos, praticando ilegalmente a morte medicamente assistida, de seguida apresenta-se uma revisão dos estudos empíricos realizados nos Estados Unidos da América (Tabela 6) e na Europa (Tabela 7) a fim de analisar a frequência com que tais pedidos e práticas subterrâneas ocorreram. Nos EUA, os médicos inquiridos reportaram mais frequentemente pedidos e práticas ilegais de assistência médica ao suicídio, por contraste com o sucedido na Europa, onde a maior frequência de pedidos e de práticas ilegais de eutanásia foi declarada pelos médicos respondentes aos inquéritos.

**Tabela 6: Frequência de Pedidos e de Práticas Subterrâneas de Eutanásia e de Suicídio Medicamente Assistido entre os Profissionais de Medicina nos Estados Unidos da América (%)**

Estudo	Estado	Data de publicação	Data de realização	Técnica de recolha de dados	Taxa de resposta (%)	Médicos inquiridos		Pedidos (%)		Práticas (%)	
						(n)	Especialização médica	EUT	SMA	EUT	SMA
Overmyer <sup>135</sup>	EUA	1991	—	Inquérito Postal	24.9	498	Médicos subscritores do <i>Jornal Physician's Management</i>	—	19.0	9.4	3.7
Crosby <sup>136</sup>	EUA	1992	—	—	40	402	Médicos especialistas em Medicina Interna	—	24.3	20.6	
Caralis e Hammond <sup>137</sup>	Flórida	1992	—	Inquérito Postal	66	360	Médicos, estudantes de Medicina e funcionários na Universidade de Miami	34.2		—	—
Fried e col. <sup>138</sup>	Ilha de Rodes	1993	—	Inquérito Postal	65	265	Médicos de várias especialidades	13.2	18.9	1.3	2.5
Shapiro e col. <sup>139</sup>	Wisconsin	1994	—	Inquérito Postal	33	740	Médicos (especialistas em Medicina Interna, em Medicina Geral e Familiar e em Gerontologia)	48.2	—	2.2	—
Doukas e col. <sup>8</sup>	Michigan	1995	1993	Inquérito Postal	61.6	154	Médicos especialistas em Oncologia	43	38	4	18
Lee e col. <sup>130</sup>	Oregon	1996	1995	Inquérito Postal	70	2761	Médicos de várias especialidades	—	21	—	7
Back e col. <sup>31</sup>	Washington	1996	1994-1995	Inquérito Postal	57	828	Médicos de várias especialidades	4	12	1.7	4.6
Emanuel e col. <sup>140</sup>	EUA	1996	1994	Entrevista Telefónica	73	355	Médicos especialistas em Oncologia	37.6	50.6	1.8	13.5
Portenoy e col. <sup>141</sup>	Nova Iorque	1997	1994-1995	Inquérito Postal	33	200	Médicos (envolvidos em cuidados oncológicos e especializados em cuidados aos doentes em fim de vida)	40	52	—	—
Slome e col. <sup>142</sup>	Califórnia	1997	1994-1995	Inquérito Postal	60	118	Médicos (envolvidos em cuidados aos doentes infetados pelo VIH) em São Francisco	—	—	—	53
Abramson e col. <sup>143</sup>	Flórida	1998	1995	Inquérito Postal	35	133	Médicos especialistas em Oncologia	62	56	—	—
			1996	Inquérito Postal	32	210	Médicos de várias especialidades	20	20		
Meier e col. <sup>9</sup>	EUA	1998	1996	Inquérito Postal	61	1902	Médicos de várias especialidades	11.1	18.3	4.7	3.3
Carver e col. <sup>144</sup>	EUA	1999	1997	Inquérito Postal	65	370	Médicos especialistas em Neurologia	12	20	—	—
					65	161	Médicos especialistas em Neuro-Oncologia	12	25	—	—
					77	114	Neurologistas especializados em ELA	10	41	—	—
Willems e col. <sup>145</sup>	Oregon	2000	1995	Entrevista Telefónica	80	152	Médicos especialistas em Oncologia, em Medicina Interna e em Medicina Geral e Familiar	48		0	7
Emanuel e col. <sup>146</sup>	EUA	2000	—	Inquérito Postal	41.7	3299	Médicos especialistas em Oncologia	38.2	56.2	3.7	10.8

#### **Legenda da Tabela 6: Frequência de Pedidos e de Práticas Subterrâneas de Eutanásia e de Suicídio Medicamente Assistido entre os Profissionais de Medicina nos Estados Unidos da América**

As perguntas dos inquéritos efetuados aos médicos que receberam pedidos (PD) e que praticaram (PR) a eutanásia (EUT) ou o suicídio medicamente assistido (SMA) são as seguintes:

**Estudo de Overmyer<sup>135</sup>:** PD SMA “Já recebeu pedidos para fornecer informação que poderia causar a morte de um doente?”; PR EUT “Já tomou deliberadamente ações clínicas que poderiam causar diretamente a morte de um doente?”; PR SMA “Já forneceu informação que poderia ser usada para causar a morte de um doente?”.

**Estudo de Crosby<sup>136</sup>:** PD SMA “Alguma vez um doente terminal lhe pediu ajuda para cometer o suicídio?”; PR EUT e SMA “Alguma vez tomou uma ação deliberada que poderia causar diretamente a morte de um doente?”.

**Estudo de Caralis e Hammond<sup>137</sup>:** PD EUT e PD SMA “Alguma vez os doentes lhe solicitaram assistência para morrerem?”.

**Estudo de Doukas e col.<sup>8</sup>:** PD EUT “Alguma vez foi solicitado por um dos seus doentes para terminar ativamente com a vida dele?”; PD SMA “Alguma vez foi solicitado para fornecer os meios ou as instruções através dos quais um doente poderia terminar com a sua vida?”; PR EUT “Alguma vez administrou medicação com a intenção de causar a morte de um doente?”; PR SMA “Alguma vez forneceu a um doente os meios (por exemplo, uma prescrição) através dos quais esse mesmo doente potencialmente causou a sua própria morte?”.

**Estudo de Lee e col.<sup>130</sup>:** PD SMA “Algum doente lhe solicitou uma prescrição letal no último ano?”; PR SMA “Antes da aprovação da Lei da Morte com Dignidade no Oregon, alguma vez escreveu uma prescrição letal solicitada por um doente?”.

**Estudo de Back e col.<sup>31</sup>:** PD EUT “No último ano, enquanto médico, recebeu algum pedido para injetar medicamentos com a principal intenção de terminar com a vida de um doente?”; PD SMA “No último ano, enquanto médico, recebeu algum pedido para prescrever medicamentos que o doente poderia usar com a principal intenção de terminar com a vida dele?”.

**Estudo de Emanuel e col.<sup>140</sup>:** PD EUT “Alguma vez um doente já lhe pediu para lhe injetar fármacos a fim de terminar intencionalmente com a vida dele?”; PD SMA “Algum dos seus doentes já lhe pediu para lhe prescrever intencionalmente grandes quantidades de fármacos a fim de deixá-lo, a esse mesmo doente, terminar com a sua própria vida através de uma overdose?”; PR EUT “Já alguma vez injetou fármacos para terminar intencionalmente com a vida de um doente?”; PR SMA “Já alguma vez prescreveu fármacos a um doente, sabendo que esse mesmo doente tencionava usá-los para terminar com a vida dele?”.

**Estudo de Slome e col.<sup>142</sup>:** PR SMA “Quantas vezes é que aceitou o pedido de um doente com VIH para lhe prestar assistência no suicídio (por exemplo, prescrevendo uma dose letal de medicação)?”.

**Estudo de Abramson e col.<sup>143</sup>:** PD EUT e PD SMA “Alguma vez foi solicitado para praticar o suicídio medicamente assistido ou a eutanásia ativa?”.

**Estudo de Meier e col.<sup>9</sup>:** PD EUT “Algum doente já o solicitou para injetá-lo com uma dose letal de medicação?”; PD SMA “Algum doente lhe solicitou uma prescrição de medicação para ele a usar com a principal intenção de terminar a sua própria vida?”; PR EUT “Alguma vez deu uma injeção letal a um doente?”; PR SMA “Alguma vez escreveu uma prescrição de medicação para um doente usar com a principal intenção de terminar a sua própria vida?”.

**Estudo de Carver e col.<sup>144</sup>:** PD EUT “Algum doente já o solicitou para injetá-lo com uma dose letal de medicação?”; PD SMA “Algum doente já lhe solicitou uma prescrição de medicação com a principal intenção de terminar a sua própria vida?”.

**Estudo de Willems<sup>145</sup>:** PD EUT e PD SMA “Alguma vez recebeu pelo menos um pedido explícito de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido?”; PR EUT “Alguma vez praticou a eutanásia?”; PR SMA “Alguma vez assistiu no suicídio?”.

**Estudo de Emanuel e col.<sup>146</sup>:** PD EUT “Quantas vezes é que recebeu o pedido de um doente ou de um familiar do doente para injetar esse mesmo doente com medicação, a fim de terminar intencionalmente com a vida dele?”; PD SMA “Quantas vezes é que recebeu o pedido para fornecer uma prescrição a um doente, que ele poderia usar para terminar com a sua vida através de uma overdose?”; PR EUT “Quantas vezes é que realmente injetou um doente com medicação para terminar intencionalmente com a vida dele?”; PR SMA “Quantas vezes é que realmente forneceu uma prescrição a um doente, que ele poderia usar para terminar com a sua vida através de uma overdose?”.

**Tabela 7: Frequência de Pedidos e de Práticas Subterrâneas de Eutanásia e de Suicídio Medicamente Assistido  
entre os Profissionais de Medicina na Europa (%)**

Estudo	País	Data de publicação	Data de realização	Técnica de recolha de dados	Taxa de resposta (%)	Médicos inquiridos		Pedidos (%)		Práticas (%)	
						(n)	Especialização médica	EUT	SMA	EUT	SMA
Ward e Tate <sup>147</sup>	Inglaterra	1994	1992-1993	Inquérito Postal	73.6	312	Médicos (especialistas em Medicina Geral e Familiar e consultores hospitalares)	39.7	—	12.2	—
Di Mola e col. <sup>37</sup>	Itália	1996	1994-1995	Inquérito Postal	52.4	359	Médicos especializados em Cuidados Paliativos	39	—	4	—
van der Maas e col. <sup>115</sup>	Holanda	1996	1995-1996	Entrevista Presencial	89	405	Médicos de várias especialidades	77		53	
Folker e col. <sup>148</sup>	Dinamarca	1996	1995	Inquérito Postal	64	314	Médicos de várias especialidades	30	26	5	2
Førde, Aasland e Falkum <sup>149</sup>	Noruega	1997	1993	Inquérito Postal	66.4	980	Médicos de várias especialidades	—	—	6	—
Groenewoud e col. <sup>150</sup>	Holanda	1997	1996	Inquérito Postal	83	552	Médicos especialistas em Psiquiatria	—	37	—	2
Grassi, Magnani e Ercolani <sup>151</sup>	Itália	1999	—	Inquérito Presencial	84.8	336	Médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar	11	4.5	—	—
Valverius, Nilstun e Nilsson <sup>38</sup>	Suécia	2000	1998	Inquérito Postal	79	947	Médicos de várias especialidades (envolvidos na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida), incluindo especializados em Cuidados Paliativos e Dor	18.8	5.2	0	0.7
Willems e col. <sup>145</sup>	Holanda	2000	1995-1996	Entrevista Presencial	63	67	Médicos especialistas em Medicina Interna	80		45	
Bittel, Neuenschwander e Stiefel <sup>152</sup>	Suíça	2002	2000	Inquérito Postal	54	90	Médicos especializados em Cuidados Paliativos	—	—	3	8
<b>Gonçalves<sup>56</sup></b>	<b>Portugal</b>	<b>2006</b>	<b>—</b>	<b>Inquérito Postal</b>	<b>33</b>	<b>143</b>	<b>Médicos especialistas em Oncologia</b>	<b>21</b>	<b>3.5</b>	<b>0.7</b>	<b>0</b>
Löfmark e col., Consórcio EURELD <sup>153</sup>	Bélgica	2008	2002	Inquérito Postal	58	1750	Médicos de várias especialidades (envolvidos na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida)	40		19	
	Dinamarca				68	1217	Médicos de várias especialidades (envolvidos na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida)	34		14	
	Itália				39	1508	Médicos de várias especialidades (envolvidos na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida)	14		—	
	Holanda				61	1275	Médicos de várias especialidades (envolvidos na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida)	71		56	
	Suécia				60	1514	Médicos de várias especialidades (envolvidos na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida)	24		1	
	Suíça				64	1397	Médicos de várias especialidades (envolvidos na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida)	37		9	

### **Legenda da Tabela 7: Frequência de Pedidos e de Práticas Subterrâneas de Eutanásia e de Suicídio Medicamente Assistido entre os Profissionais de Medicina na Europa**

As perguntas dos inquéritos efetuados aos médicos que receberam pedidos (PD) e que praticaram (PR) a eutanásia (EUT) ou o suicídio medicamente assistido (SMA) são as seguintes:

**Estudo de Ward e Tate<sup>147</sup>:** PD EUT “No decurso da sua prática clínica, algum doente já lhe pediu para adotar medidas ativas a fim de acelerar a morte dele?”; PR EUT “Já alguma vez adotou medidas ativas para provocar a morte de um doente que lhe pediu para o fazer?”.

**Estudo de Di Mola e col.<sup>37</sup>:** PD EUT “Já alguma vez recebeu um pedido de eutanásia por parte de um doente terminal?”; PR EUT “Se sim, já cumpriu esse pedido pelo menos uma vez?”.

**Estudo de van der Maas e col.<sup>115</sup>:** PD EUT e PD SMA “Alguma vez recebeu pelo menos um pedido explícito de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido em determinado momento?”; PR EUT e PR SMA “Alguma vez praticou a eutanásia ou assistiu no suicídio?”.

**Estudo de Folker e col.<sup>148</sup>:** PD EUT “Já alguma vez foi solicitado para atuar tal como a equipa atuou neste cenário (cenário 7)?”; PD SMA “Já alguma vez foi solicitado para atuar tal como a equipa atuou neste cenário (cenário 6)?”; PR EUT “Já alguma vez atuou tal como a equipa fez neste cenário (cenário 7)?”; PR SMA “Já alguma vez atuou tal como a equipa fez neste cenário (cenário 6)?”; neste estudo, o cenário 7 da EUT corresponde a “estar perfeitamente alerta para o facto de o doente pedir repetidamente ao médico para lhe dar uma injeção letal, ao médico estar em conformidade com o pedido do doente, ao doente morrer devido à injeção” e o cenário 6 do SMA corresponde a “estar perfeitamente alerta para o facto de o doente pedir repetidamente ao médico para lhe prescrever uma dose letal de comprimidos, ao médico concordar em fazê-lo, ao médico observar o doente a tomar esses comprimidos e a morrer”.

**Estudo de Førde, Aasland e Falkum<sup>149</sup>:** PR EUT “Alguma vez, enquanto médico, realizou ações destinadas a antecipar a morte de um doente?”.

**Estudo de Groenewoud e col.<sup>150</sup>:** PD SMA “Já alguma vez recebeu um pedido explícito e persistente de suicídio medicamente assistido por parte de um doente?”; PR SMA “Alguma vez assistiu no suicídio?”.

**Estudo de Willems<sup>145</sup>:** PD EUT e PD SMA “Alguma vez recebeu pelo menos um pedido explícito de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido em determinado momento?”; PR EUT e PR SMA “Alguma vez praticou a eutanásia ou assistiu no suicídio?”.

**Estudo de Valverius, Nilstun e Nilsson<sup>38</sup>:** PR EUT “Tente estimar a proporção de doentes para os quais decidiu prescrever ou dar uma infeção ou infusão, a fim de terminar com a vida desses mesmos doentes.”; PR SMA “Tente estimar a proporção de doentes para os quais decidiu assistir no suicídio (por exemplo, não intervindo quando compreendeu que os fármacos poderiam ser usados para esse efeito, ou fornecendo uma prescrição para o uso apropriado desses fármacos)”.

**Estudo de Gonçalves<sup>56</sup>:** PD EUT “Já alguma vez recebeu um pedido de eutanásia?”; PD SMA “Já alguma vez recebeu um pedido de suicídio assistido?”; PR EUT “Já praticou eutanásia no sentido da definição acima expressa (terminação deliberada e indolor da vida de uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, pela administração de um ou mais fármacos em doses letais)?”; PR SMA “Já praticou suicídio assistido no sentido da definição acima expressa (Ajuda ao suicídio de uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, prescrevendo os fármacos e dando-lhe as instruções necessárias para o seu uso)?”.

**Estudo de Löfmark e col.<sup>153</sup>:** PD EUT e PD SMA “Alguma vez já recebeu um pedido explícito, por parte de um doente, para lhe administrar, prescrever ou fornecer fármacos com a intenção explícita de antecipar o fim de vida?”; PR EUT e PR SMA “Alguma vez já administrou, prescreveu ou forneceu fármacos com a intenção explícita de antecipar o fim de vida de um doente, a seu pedido explícito?”.

#### **4.1. Recepção de Pedidos e Práticas Ilegais de Morte Medicamente Assistida nos Estados Unidos da América**

Considerando os dados apresentados na Tabela 6, é possível constatar que, durante toda a década de 90, os pedidos e as práticas subterrâneas de morte medicamente assistida não foram infreqüentemente reportados pelos médicos especialistas nos Estados Unidos da América.

Em primeiro lugar, importar analisar os pedidos e as práticas de eutanásia e de suicídio medicamente assistido declarados pelos médicos nos estados do Oregon e de Washington antes da entrada em vigor da Lei da Morte com Dignidade, respetivamente em 1997 e em 2009. No período que antecedeu a implementação da lei no Oregon, Lee e col.<sup>130</sup> inquiriram médicos de várias especialidades sobre as suas experiências com pedidos e com práticas ilegais de suicídio medicamente assistido. Este estudo revelou que, em 1995, 21% dos médicos inquiridos tinham sido solicitados para prescreverem uma dose letal de medicação no último ano e que apenas 7% dos médicos inquiridos tinham efetivamente prescrito medicação letal antes da aprovação da Lei da Morte com Dignidade no Oregon<sup>83</sup>. No mesmo ano, Willems e col.<sup>145</sup> efetuaram um estudo no Oregon envolvendo médicos de três especialidades (Oncologia, Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar) particularmente envolvidas na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida e, consequentemente, na recepção de pedidos de morte medicamente assistida. Neste estudo, quase metade (48%) dos oncologistas, internistas e clínicos gerais inquiridos tinham recebido, pelo menos, um pedido explícito de eutanásia ou suicídio medicamente assistido ao longo das suas práticas clínicas. A maior propensão destes especialistas para receberem pedidos de morte medicamente assistida não se traduziu, contudo, numa maior aceitação dos pedidos; uma vez que, também neste segundo estudo, só 7% dos médicos inquiridos reportou ter prestado auxílio no suicídio e nenhum dos médicos inquiridos reportou ter praticado a eutanásia no Oregon.

No segundo estado norte-americano que implementou a Lei da Morte com Dignidade, os dados resultantes do estudo efetuado por Back e col.<sup>31</sup> revelaram que, muito antes da aprovação legal do suicídio medicamente assistido em Washington<sup>84</sup>, entre 1994-1995, os médicos de várias especialidades (Oncologia, Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Neurologia, Nefrologia Geriatria, Infecçiology e Cardiologia) já recebiam pedidos e praticavam subterraneamente a morte medicamente assistida neste estado norte-americano. Considerando os médicos inquiridos neste estudo<sup>31</sup>, cerca de um quarto deles (26%) reportou ter sido solicitado, pelo menos uma vez, para participar na morte medicamente assistida. Acrescente-se que 12% dos médicos inquiridos



afirmaram ter recebido um ou mais pedidos explícitos de suicídio medicamente assistido, mas apenas 4% dos médicos inquiridos afirmaram ter recebido um ou mais pedidos explícitos de eutanásia. A prática, à data, ilegal do suicídio medicamente assistido foi declarada por 4.6% dos médicos inquiridos, ou seja, mais frequentemente do que a prática da eutanásia, que foi declarada por 1.7% dos médicos inquiridos e nunca foi legalizada em Washington.

Na sequência desta análise centrada no Oregon e em Washington, revela-se pertinente conhecer mais amplamente as experiências médicas relativas aos pedidos e às práticas de morte medicamente assistida nos Estados Unidos da América. Com este propósito, em 1996, Meier e col.<sup>9</sup> inquiriram uma amostra representativa de médicos norte-americanos pertencentes às especialidades clínicas mais suscetíveis de prestarem cuidados aos doentes em fim de vida (Hematologia-Oncologia, Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Nefrologia, Neurologia, Geriatria, Infecçiology, entre outras). Este estudo revelou que os pedidos de morte medicamente assistida surgem em várias especialidades clínicas, sendo reportados mais frequentemente por hemato-oncologistas, geriatras e infectologistas. Para além disso, desde que iniciaram as suas práticas clínicas, 18.3% dos médicos inquiridos declararam ter sido, pelo menos uma vez, solicitados para prescrever medicação letal a um doente que pretendia usá-la para pôr fim à sua vida, enquanto 11.1% declararam ter sido, pelo menos uma vez, solicitados para administrar uma injeção letal. Embora uma proporção razoável de médicos norte-americanos tenha recebido um ou mais pedidos de morte medicamente assistida, os resultados deste estudo provaram que tais pedidos só foram ocasionalmente correspondidos. Isto significa que apenas 3.3% dos médicos inquiridos declararam ter, pelo menos uma vez, assistido no suicídio e que 4.7% dos médicos inquiridos declararam ter, pelo menos uma vez, praticado a eutanásia nos Estados Unidos da América. Comparando estes dados com os restantes explanados na Tabela 6, verifica-se que o estudo de Meier e col.<sup>9</sup> é o único estudo no qual a eutanásia aparenta ser mais frequentemente praticada do que o suicídio medicamente assistido por parte dos médicos norte-americanos. Como corolário deste esforço comparativo, afirma-se, em alternativa, que a assistência médica ao suicídio constitui a prática subterrânea predominante nos Estados Unidos da América.

Outra análise possível dos dados apresentados na Tabela 6 reside em duas especialidades clínicas (a Oncologia e a Neurologia) onde são especialmente frequentes os pedidos de morte medicamente assistida e as práticas ilegais de assistência médica ao suicídio (excluindo a prática da eutanásia). Num estudo efetuado por Emanuel e col.<sup>140</sup> aos oncologistas norte-americanos,

constatou-se que 50.6% dos inquiridos tinham recebido, pelo menos, um pedido de suicídio medicamente assistido e que 37.6% dos inquiridos tinham recebido, pelo menos, um pedido de eutanásia no decurso das suas práticas clínicas. Apesar da elevada proporção de oncologistas que foram solicitados para praticar a morte medicamente assistida, somente 13.5% dos inquiridos estiveram realmente envolvidos na assistência ao suicídio e, residualmente, apenas 1.8% dos inquiridos afirmaram ter praticado a eutanásia. Tais dados foram corroborados no mais recente estudo de Emanuel e col.<sup>146</sup>, que constitui o maior inquérito sobre este tema aplicado a uma amostra representativa de oncologistas norte-americanos (membros da Associação Americana de Oncologia Clínica). À semelhança do seu primeiro estudo, o último também revelou que mais de metade (56.2%) dos oncologistas inquiridos receberam pedidos de suicídio medicamente assistido e que acima de um terço (38.2%) dos especialistas receberam pedidos de eutanásia. Acrescente-se que ainda 10.8% e que só 3.7% dos oncologistas inquiridos assistiram no suicídio e praticaram a eutanásia, respetivamente, desde que iniciaram as suas atividades profissionais. Além destes estudos, o estudo que Abramson e col.<sup>143</sup> realizaram na Flórida permitiu concluir que a proporção de oncologistas que declararam já ter recebido pedidos de suicídio medicamente assistido (56%) e de eutanásia (62%) é muito superior à dos outros médicos especialistas (20%).

Por fim importa realçar que, para além dos oncologistas, os neurologistas também integram uma especialidade clínica que é particularmente suscetível à recepção de pedidos de morte medicamente assistida nos Estados Unidos da América (Tabela 6). Carver e col.<sup>144</sup> são os autores responsáveis pelo único estudo que analisou a recepção de tais pedidos exclusivamente por parte dos neurologistas norte-americanos (membros da Associação Americana de Neurologia). Este estudo acentuou uma tendência já expressa anteriormente, na medida em que os pedidos de suicídio medicamente assistido foram duplamente mais frequentes que os pedidos de eutanásia no contexto específico da Neurologia. O mesmo estudo elaborado por Carver e col.<sup>144</sup> revelou, ainda, uma variação expressiva na proporção de pedidos de assistência médica ao suicídio recebidos pelos próprios neurologistas, consoante a sua área de especialização. Enquanto 20% dos neurologistas em geral declararam ter recebido, pelo menos, um pedido de suicídio medicamente assistido ao longo das suas práticas clínicas, essa percentagem aumentou para 25% no caso dos neurologistas especializados em doenças oncológicas e, sobretudo, duplicou para 41% no caso dos neurologistas que se tinham especializado na Esclerose Lateral Amiotrófica.

#### **4.2. Recepção de Pedidos e Práticas Ilegais de Morte Medicamente Assistida na Europa**

Ao analisar a morte medicamente assistida em perspetiva comparada, uma das principais tendências contrastantes a realçar é, por um lado, o predomínio dos pedidos e das práticas subterrâneas de suicídio medicamente assistido em vários estados norte-americanos e, por outro lado, o predomínio dos pedidos e das práticas subterrâneas de eutanásia em diversos países europeus. De seguida escrutina-se esta última tendência a partir dos resultados apresentados na Tabela 7 sobre os pedidos e as práticas ilegais de morte medicamente assistida na Europa.

Iniciamos esta análise considerando o facto de os pedidos e as práticas subterrâneas de morte medicamente assistida terem sido mais frequentemente reportados por profissionais de Medicina nos três países europeus que, entretanto, despenalizaram as práticas de eutanásia e o suicídio medicamente assistido (a Holanda e a Bélgica, em 2002) e que autorizam a ajuda ao suicídio assistido por agentes não-médicos (a Suíça, desde 1984). Entre os primeiros dois países regulamentadores, a Holanda regista a maior taxa de reporte de pedidos e práticas subterrâneas de morte medicamente assistida por parte dos médicos que, na sua maioria, a consideravam aceitável em casos excecionais durante a última década em que permaneceu tecnicamente ilegal, mas raramente objeto de penalização criminal. Na década de 90, van der Mass e col.<sup>115</sup> efetuaram um estudo no qual entrevistaram médicos holandeses de várias especialidades, nomeadamente: Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Neurologia, Cardiologia e Cirurgia. Este estudo revelou que 77% dos médicos entrevistados recebeu pelo menos um pedido explícito de morte medicamente assistida e que mais de metade (53%) dos entrevistados praticou efetivamente a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido, pelo menos uma vez, durante a prática clínica. Acresce que os clínicos gerais foram os especialistas holandeses maioritariamente envolvidos em tais práticas subterrâneas. Estes resultados são comparáveis com os de um estudo efetuado por Löfmark e col.<sup>153</sup>, no mesmo ano em que a Lei da Terminação da Vida a Pedido e do Suicídio Assistido entrou em vigor na Holanda<sup>90</sup>. Neste mais recente estudo, em que foram inquiridos médicos envolvidos na prestação de cuidados a doentes em fim de vida (inclui anestesiológicos, clínicos gerais, geriatras, ginecologistas, internistas, neurologistas, oncologistas e cirurgiões), ficou demonstrado que os médicos holandeses possuem larga experiência com a recepção de pedidos (recebidos por 71% dos inquiridos) e as práticas (56%) de morte medicamente assistida.

A seguir à Holanda, a Bélgica é o segundo país europeu onde os médicos declararam ter mais experiência com tais solicitações e aceitações de ambas as formas ativas de terminação da

vida. No ano em que vigorou a Lei relativa à Eutanásia na Bélgica, Löfmark e col.<sup>153</sup> aplicaram um inquérito similar aos médicos belgas, o qual atestou que uma proporção considerável (40%) de inquiridos tinha recebido pedidos explícitos de morte medicamente assistida e que um quinto dos respondentes (19%) já tinha acedido a tais pedidos no decurso das suas práticas clínicas.

Por conseguinte, a Suíça surge como o terceiro país europeu onde os médicos mais experienciaram a recepção de pedidos e as práticas subterrâneas de morte medicamente assistida. Embora a eutanásia seja ilegal e a assistência ao suicídio seja tradicionalmente proporcionada por voluntários não-médicos de organizações *right-to-die*, os resultados do inquérito integrado no estudo de Löfmark e col.<sup>153</sup> indicaram que a morte medicamente assistida foi frequentemente requerida (em 37% dos casos) e subterraneamente praticada (em 9% dos casos) por profissionais de Medicina suíços. Estes resultados são comparáveis com os do anterior estudo realizado por Bittel, Neuenschwander e Stiefelel<sup>152</sup>, no âmbito do qual foram inquiridos os membros médicos da Associação Suíça de Cuidados Paliativos sobre as suas experiências com as práticas de morte medicamente assistida. Este estudo atestou que uma pequena proporção de médicos suíços em Cuidados Paliativos já participaram efetivamente em atos de terminação da vida dos doentes, a seu pedido e, ainda, que tal participação foi duplamente mais frequente no caso da prática do suicídio medicamente assistido (8%) do que no caso da prática da eutanásia (3%) na Suíça.

Na sequência da análise das evidências empíricas sobre a morte medicamente assistida em países que acabaram por despenalizá-la, importa conhecer as experiências médicas com os pedidos e as práticas ilegais de eutanásia e de suicídio medicamente assistido nos restantes países europeus que nunca legalizaram estas duas formas ativas de pôr fim à vida humana. Segundo os dados apresentados na Tabela 7, o primeiro estudo europeu sobre o tema foi efetuado por Ward e Tate<sup>147</sup>, no início da década 90, em Inglaterra. Os resultados deste inquérito aplicado a clínicos gerais e a consultores hospitalares indicaram que 39.7% dos médicos inquiridos foram, pelo menos, uma vez solicitados para adotar medidas ativas com o intuito de anteciparem a morte dos doentes e que 12.2% dos médicos inquiridos acederam a tais pedidos de eutanásia.

Além dos médicos ingleses, os médicos que revelaram deter uma maior experiência com pedidos e práticas subterrâneas de morte medicamente assistida localizam-se na Europa do Norte (na Dinamarca, na Noruega e na Suécia). Quanto ao país nórdico mais experiente, destaca-se o estudo efetuado na década 90 por Folker e col.<sup>148</sup> com recurso à aplicação de um inquérito aos médicos de várias especialidades (nomeadamente: Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna,

Anestesiologia e Cirurgia) na Dinamarca. Os dados deste estudo indicam que 30% dos médicos dinamarqueses já foram solicitados por, pelo menos, um doente oncológico para praticar a eutanásia, não obstante apenas 5% dos respondentes admitam tê-la efetivamente praticado. Acrescente-se que os médicos dinamarqueses reportaram ocasionalmente ter recebido pedidos (em 26% dos casos), mas raramente ter acedido a tais pedidos de assistência ao suicídio (em 2% dos casos) que lhes foram dirigidos por doentes oncológicos. Estes dados são comparáveis com os do estudo realizado por Førde, Aasland e Falkum<sup>149</sup>, porque os médicos noruegueses também possuem uma experiência limitada com a prática ilegal da eutanásia (reportada por 6% dos inquiridos). Mais se afirma que os dados relativos à Dinamarca são corroborados no já citado estudo realizado por Löfmark e col.<sup>153</sup>, no âmbito do qual foram inquiridos médicos envolvidos na prestação de cuidados no fim de vida. Segundo este estudo, os médicos dinamarqueses detêm uma considerável experiência com a recepção de pedidos (declarada em 34% dos casos) e menor experiência com a prática subterrânea (declarada em 14% dos casos) da morte medicamente assistida. Em comparação com os médicos na Dinamarca e na Noruega, os médicos que exercem as suas atividades clínicas na Suécia não só manifestam uma menor experiência com a morte medicamente assistida, como também tendem a praticá-la residualmente e apenas na vertente auto-administrada (suicídio medicamente assistido). No supracitado estudo de Löfmark e col.<sup>153</sup>, concluiu-se que um 24% dos médicos suecos envolvidos na prestação de cuidados a doentes em fim de vida receberam pedidos de morte medicamente assistida, apesar de a sua prática efetiva ter sido bastante diminuta (em 1% dos casos). O estudo de Valverius, Nilstun e Nilsson<sup>38</sup> confirmou a recepção de pedidos de eutanásia (em 18.8% dos casos) e, menos frequentemente, de suicídio medicamente assistido (em 5.2% dos casos) por parte dos médicos suecos mais suscetíveis de estarem envolvidos na prestação de cuidados de fim da vida, particularmente os médicos de Cuidados Paliativos. Todavia, os dados deste estudo indicam, ainda, a inexistência das práticas de eutanásia e uma existência esporádica das práticas de suicídio medicamente assistido (reportadas por apenas 0.7% dos médicos inquiridos) na Suécia.

Ainda de acordo com as evidências empíricas disponíveis na Tabela 7, verifica-se que a menor experiência dos profissionais de Medicina com pedidos recebidos e práticas ilegais de morte medicamente assistida se regista em dois países localizados na Europa do Sul, a saber: na Itália e em Portugal. O primeiro estudo realizado na década de 90 por Di Mola e col.<sup>37</sup> na Itália envolveu a aplicação de um inquérito aos médicos membros da Sociedade Italiana de Cuidados

Paliativos (anestesiologistas, médicos especializados no tratamento da dor e oncologistas). Este estudo revelou que 39% dos médicos inquiridos tinham recebido pedidos de eutanásia por parte de doentes em fim de vida e que somente 4% dos médicos inquiridos tinham acedido aos pedidos de eutanásia, pelo menos uma vez, no decurso das suas práticas clínicas. Embora os resultados deste estudo sugiram que uma considerável proporção de médicos italianos paliativistas já foi confrontada com pedidos de eutanásia formulados por doentes numa fase avançada de doença oncológica, os resultados de estudos mais recentes revelam uma menor experiência médica com pedidos e práticas subterrâneas de morte medicamente assistida na Itália. A título de exemplo, refira-se o estudo desenvolvido por Grassi, Magnani e Ercolani<sup>151</sup>, no âmbito do qual foram inquiridos médicos italianos especialistas em Medicina Geral e Familiar com formação avançada em Cuidados Paliativos. Este estudo revelou que só uma minoria dos clínicos gerais inquiridos reportaram terem sido solicitados para praticar a eutanásia (em 11% dos casos) e, menos frequentemente, para prestar assistência ao suicídio (em apenas 4.5% dos casos) na Itália. No conjunto, estes valores percentuais são comparáveis com os do estudo Löfmark e col.<sup>153</sup> efetuado recentemente aos médicos italianos de várias especialidades clínicas mais suscetíveis de prestar cuidados aos doentes em fim de vida. Isto significa que o último estudo atestou uma baixa taxa de reporte (14%) de pedidos de morte medicamente assistida por parte dos médicos italianos, apesar de não ter permitido determinar (por razões de confidencialidade) a frequência com que a eutanásia e o suicídio medicamente assistido se praticam subterraneamente na Itália.

#### **4.2.1. Morte Medicamente Assistida em Portugal:**

##### **Recepção de Pedidos, Práticas Subterrâneas e Enquadramento Ético-Legal**

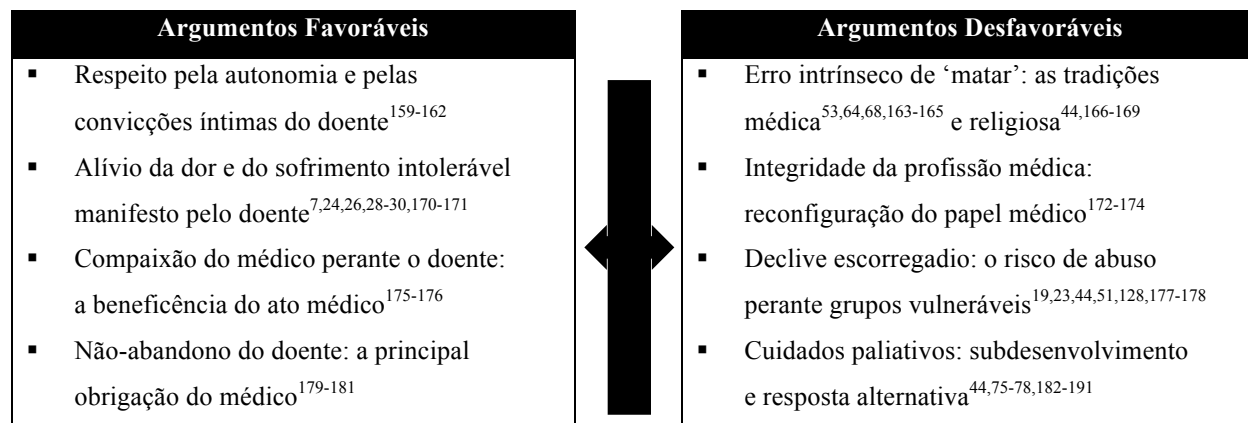
O mais recente estudo europeu sobre as experiências dos profissionais de Medicina com pedidos e práticas ilegais de morte medicamente assistida realizou-se em Portugal (Tabela 7). No âmbito do estudo elaborado, em 2006, por Ferraz Gonçalves<sup>56</sup> foram inquiridos 143 médicos inscritos na Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO) e não-inscritos na SPO, a respeito das suas tomadas de decisões em situações de fim de vida. Segundo os resultados do estudo, 21% dos médicos inquiridos recebeu pedidos de eutanásia e só uma minoria de respondentes (3.5%) recebeu pedidos de suicídio medicamente assistido no decurso da sua prática clínica. Acresce que a infrequência com que os oncologistas portugueses declararam ter sido confrontados com pedidos de morte medicamente assistida adquire maior expressão se for tida em consideração a

ínfima proporção de respondentes que afirmam ter atendido tais pedidos. Com efeito, só 0.7% de inquiridos reportaram ter praticado a eutanásia e, sobretudo, nenhum deles esteve efetivamente envolvido na assistência ao suicídio em Portugal. Embora este estudo aponte para a escassez de pedidos e a raridade de práticas subterrâneas de morte medicamente assistida entre os médicos oncologistas em território nacional, refira-se, por um lado, que este inquérito obteve a mais baixa taxa de resposta (33%) quando comparada com as dos demais inquéritos europeus (Tabela 7) e, por outro, que apenas há registo de mais um estudo dedicado à análise da frequência com que os médicos recebem pedidos de morte medicamente assistida. No inquérito aplicado a 992 médicos portugueses, realizado pela DECO<sup>154</sup> em 2010, é corroborada a evidência de que os pedidos de morte medicamente assistida ocorrem na prática clínica, sendo mais frequentes em cuidados paliativos. Um fator relevante para explicar a aparente baixa aceitação médica da vertente hetero-administrada da morte medicamente assistida (eutanásia) diz respeito à religião. Segundo Ferraz Gonçalves<sup>56</sup>, “o fator mais consistentemente relacionado com a aceitabilidade da eutanásia foi a religião, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas entre os católicos praticantes e os não praticantes, com estes últimos a aceitarem-na mais frequentemente”<sup>56(p192)</sup>.

O enquadramento ético-legal português proíbe a morte medicamente assistida, o que pode também pode explicar parcialmente a relutância dos médicos em declarar abertamente a receção de pedidos e, sobretudo, as práticas subterrâneas de eutanásia e suicídio medicamente assistido. Além de a religião ser tradicionalmente contrária às práticas de morte medicamente assistida, a lei portuguesa também as condena de forma implícita. Embora o Código Penal Português (CPP) não se refira explicitamente à eutanásia nem ao suicídio medicamente assistido, por um lado, a eutanásia é punida no artigo 133º - Homicídio Privilegiado (“quem matar outra pessoa dominado por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral, que diminuam sensivelmente a sua culpa, é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos”) e no artigo 134º - Homicídio A Pedido da Vítima (“quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos”); sendo, por outro lado, o suicídio medicamente assistido punido no artigo 135º - Incitamento ou Ajuda ao Suicídio (“quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até 3 anos”)<sup>155</sup>. Não obstante ambas as práticas sejam proibidas, não há registo de nenhum julgamento por alegada violação dos três artigos do CPP nem de médicos condenados por terem auxiliado um doente a morrer, mediante o seu pedido<sup>156</sup>.

Igualmente relevantes da oposição face à morte medicamente assistida a nível nacional são as posições assumidas pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) e pela Ordem dos Médicos (OM) Portuguesa. O artigo 57º do Código Deontológico da OM refere taxativamente que “ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia”<sup>157(p123)</sup>. Já no *Parecer sobre os Aspetos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final da Vida* que foi emitido pelo CNECV em 1995, o seu relator, Daniel Serrão<sup>158</sup>, defendeu, nesse sentido proibitivo, que “não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional do doente (...) por qualquer pessoa designadamente por decisão médica, ainda que a título de ‘a pedido’ e/ou de ‘compaixão’”<sup>158(p7)</sup>. A citação ilustra a posição contrária à legalização da morte medicamente assistida em Portugal, mas padece ainda do reconhecimento de que, para além dos argumentos desfavoráveis, também existem argumentos favoráveis esgrimidos na discussão<sup>125-130</sup> em torno da despenalização da eutanásia e do suicídio medicamente assistido (Figura 2).

**Figura 2: Argumentos Favoráveis e Desfavoráveis  
à Despenalização da Morte Medicamente Assistida**



Tal como relembra Laura Santos<sup>44</sup>, “não só é escassa a discussão existente no nosso país em torno da possibilidade de escolha no morrer, ao contrário do que acontece noutros países, mas também (...), quando existe, dá voz exclusivamente àqueles que não reconhecem o direito a escolhermos e escrevermos o último capítulo das nossas vidas”<sup>44(p268)</sup>. Para esta discussão e uma maior reflexão sobre as temáticas do fim da vida, a Associação Portuguesa de Bioética tem dado o seu contributo, nomeadamente através do seu presidente, Rui Nunes, que em 2008 redigiu um parecer no qual propôs a realização de um referendo nacional sobre a prática da eutanásia<sup>192</sup>.



## **5. Estudo Fenomenológico sobre as Experiências Vividas por Médicos Portugueses com Pedidos de Eutanásia e Suicídio Medicamente Assistido**

O estudo fenomenológico, que apresentamos de seguida, foi desenvolvido com o intuito de, por um lado, colmatar a enorme escassez de estudos empíricos sobre os pedidos e as práticas subterrâneas de eutanásia e de suicídio medicamente assistido em Portugal e, por outro lado, dar visibilidade a este fenómeno oculto com recurso aos testemunhos de nove médicos portugueses que experienciaram a receção de pedidos de morte medicamente assistida e, em dois casos, a praticaram ao longo das suas trajetórias profissionais. Com efeito, o nosso estudo qualitativo prossegue os esforços envidados por Ferraz Gonçalves<sup>56,193</sup> no conhecimento da opinião dos médicos oncologistas sobre a eutanásia, o suicídio medicamente assistido e outras decisões em fim de vida, assim como complementa e aprofunda o estudo quantitativo por si realizado ao abranger outras especialidades médicas permeáveis a estes pedidos (para além da Oncologia, a Hematologia, a Anestesiologia, a Medicina Interna, os Cuidados Paliativos, a Nefrologia e a Neurologia) e, sobretudo, ao procurar compreender a natureza e interpretar os significados das experiências vividas pelos médicos entrevistados com pedidos de ajuda médica para morrer.

### **5.1. Objetivos e Perguntas de Investigação**

O objetivo principal do estudo é compreender as experiências vividas pelos profissionais de Medicina aquando da receção, por parte dos seus doentes, de pedidos sérios, genuínos e bem-refletidos para praticarem a eutanásia ou lhes prestarem auxílio no suicídio durante as suas práticas clínicas. Para alcançar o objetivo principal deste estudo foram definidos os seguintes objetivos específicos: descrever as experiências médicas com os pedidos recebidos de morte medicamente assistida; clarificar e interpretar os significados que os médicos atribuíram à experiência vivida de terem ouvido, compreendido e respondido a pedidos sérios dos doentes para morrer; descrever as abordagens médicas utilizadas para abordar e responder aos pedidos; conhecer o impacto que tais pedidos de eutanásia e assistência médica no suicídio tiveram nos próprios médicos, incluindo as reações emocionais, os fatores que influenciaram as suas decisões e as suas principais fontes de apoio; conhecer as interações entre médicos, doentes e familiares envolvidos nos pedidos; e, ainda, descrever as perspetivas médicas sobre a morte medicamente assistida e as motivações dos doentes subjacentes à formulação desses pedidos.

Antes da realização do estudo eram desconhecidas as respostas dos médicos portugueses às duas perguntas cruciais que orientaram a prossecução desta investigação, a saber: em primeiro lugar, qual é a natureza das experiências vividas pelos médicos que, ao longo das suas práticas clínicas, já foram solicitados, pelo menos uma vez, por um doente para o ajudar a morrer?; e, em segundo lugar, o que é que tais experiências relativas ao facto de terem recebido, por parte dos doentes, pelo menos um pedido de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido significam para o próprio profissional de Medicina? Ambas as perguntas de investigação foram elaboradas atendendo aos objetivos principais e específicos deste estudo, que recuperamos, em suma, de seguida: conhecer a natureza subjetiva e compreender os significados das experiências vividas por médicos portugueses com a receção, a avaliação e a resposta aos pedidos genuínos de morte medicamente assistida que os doentes lhes dirigiram no decurso das suas trajetórias profissionais.

## **5.2. Método Fenomenológico**

Inspirado nos contributos filosóficos de vários autores, entre o quais se destacam Edmund Husserl, Martin Heidegger, Friedrich Nietzsche, Maurice Merleau-Ponty e Jean-Paul Sartre, o método fenomenológico desenvolvido por Max van Manen<sup>45-46,194-196</sup> foi mobilizado para este estudo. Utilizámo-lo tendo por referência as suas obras *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*<sup>45</sup> publicada em 1990 e *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*<sup>46</sup> publicada já em 2014. Segundo Max van Manen<sup>45(pp9-11)</sup>, a fenomenologia permite adquirir uma compreensão rica e aprofundada sobre a natureza e os significados da experiência humana, nomeadamente através da tentativa sistemática por descobrir, descrever e interpretar as estruturas de significado internas dessa experiência (a essência), tal como é vivida nos mundos de vida individuais. A investigação fenomenológica consiste, então, no estudo dos mundos de vida, assim como são experienciados pelos próprios indivíduos, de uma forma imediata e pré-reflexiva, antes de serem objeto de conceptualizações ou construções de categorias. Esta metodologia implica a explicação de um fenómeno tal como o mesmo se apresenta à consciência, questionando a sua verdadeira natureza, ou seja, aquilo que torna o fenómeno naquilo que é e sem o qual não poderia ser esse fenómeno.

O método fenomenológico elaborado por Max van Manen<sup>45-46</sup> é utilizado neste estudo com o propósito de tornar visível o fenómeno da receção dos pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido diretamente a partir da perspectiva dos médicos que o vivenciaram, ou

seja, que foram interpelados por doentes, adultos e mentalmente competentes, para os ajudarem a morrer. Atendendo aos objetivos gerais e específicos, este estudo é orientado metodologicamente pela fenomenologia devido às suas potencialidades analíticas: em primeiro lugar, porque permite explorar e compreender a experiência da recepção de pedidos sérios e das práticas subterrâneas de eutanásia e de suicídio medicamente assistido tal como a própria experiência foi vivida pelos profissionais de Medicina; em segundo lugar, devido à sua natureza descritiva e indutiva, porque permite investigar a interpretação e os significados que os médicos atribuíram à experiência de terem recebido e respondido a pedidos de morte medicamente assistida durante a prática clínica.

A abordagem fenomenológica seguida nesta investigação é hermenêutico-interpretativa, tal como propôs Max van Manen<sup>45-46</sup>. Segundo o autor<sup>45(p37)</sup>, as experiências vividas adquirem significância hermenêutica a partir do momento em que são reunidas reflexivamente e convocam um apelo à memória retrospectivamente. Esta abordagem fenomenológica é sempre retrospectiva, na medida em que implica recordar e refletir sobre uma experiência que se viveu anteriormente. A fim de colocar em prática esta abordagem, Max van Manen<sup>45(pp30-31)</sup> sugere-nos a realização de seis atividades de investigação fenomenológica hermenêutica praticadas neste estudo; a saber: (1) voltarmos-nos para um fenómeno que nos interesse verdadeiramente e nos comprometa com o mundo; (2) investigar a experiência tal como a mesma é vivida, ao invés de ser conceptualizada; (3) refletir sobre os temas essenciais que caracterizam o fenómeno e permitam, ainda, conhecer a natureza da experiência vivida; (4) descrever o fenómeno pela arte de escrever e reescrever; (5) manter uma relação pedagógica com o fenómeno que seja forte e orientada pelos objetivos da investigação; (6) equilibrar o contexto da investigação, considerando todas as partes e o conjunto. A seguir debruçamo-nos apenas sobre a forma como primeiras quatro atividades de investigação metodológica foram aplicadas no nosso estudo, isto porque as duas últimas tarefas nos parecem ser suficientemente autoexplicativas e não-específicas desta metodologia fenomenológica.

Assim como referimos acima, a primeira atividade de uma investigação fenomenológica hermenêutica diz respeito à capacidade de nos voltarmos para um fenómeno que nos interesse e nos implique num compromisso permanente com a natureza da experiência vivida do fenómeno. Trata-se de uma atividade autocrítica, na medida em que obriga o investigador a compreender qual é o significado que a experiência tem para si antes de procurar compreender o significado que essa experiência tem para os próprios participantes envolvidos na investigação. Conforme nos recorda Max van Manen<sup>45</sup>, “do ponto de vista fenomenológico, fazer investigação é sempre

questionar a forma como experienciamos o mundo, querer conhecer o mundo no qual vivemos como seres humanos”<sup>45(p5)</sup>. Desta forma, somos impelidos a questionarmo-nos sobre o interesse pessoal no tema da morte medicamente assistida. Desde 2009 que procuro refletir e compreender a invisibilidade do fenómeno da eutanásia e do suicídio medicamente assistido, tendo investido em formação especializada sobre os fundamentos éticos do comportamento humano, as decisões médicas em fim de vida no *Yale Interdisciplinary Center for Bioethics* (EUA, 2011), participado no movimento cívico Direito a Morrer com Dignidade e, em jeito de declaração de interesses, colaborado na redação da Petição para a Despenalização da Morte Assistida em Portugal, que foi lançada à subscrição pública no ano vigente. Este estudo constitui uma manifestação do interesse pessoal e científico que, desde há sete anos, possuo sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido e, particularmente, sobre a natureza da experiência dos médicos que foram confrontados por doentes para os auxiliar a terminar a vida e sobre os significados imbuídos nessa experiência. É, pois, imperioso, para esta investigação fenomenológica, recuperar e descrever as experiências vividas pelos médicos portugueses entrevistados a respeito do fenómeno da morte medicamente assistida na sua forma requerida por doentes competentes, assim como identificar as estruturas de significados das experiências médicas, a fim de tentar constituir uma interpretação possível sobre a natureza dessas experiências. Sal guarde-se, no entanto, que “a descrição fenomenológica é sempre *uma* interpretação; nenhuma interpretação singular da experiência humana irá exaustar a possibilidade de outra descrição complementar ou, mesmo, mais rica e profunda”<sup>45(p31)</sup>.

Por conseguinte, a segunda atividade investigativa refere-se ao estudo da experiência exatamente como tal experiência foi vivida, ao invés de ser conceptualizada. Uma experiência vivida constitui o objeto de investigação fenomenológica, pelo que o seu significado permite atingir uma compreensão aprofundada sobre a experiência humana em análise. Segundo Max van Manen<sup>45-46</sup>, o método de investigação fenomenológica pressupõe recolher a experiência vivida e “pedir emprestado”<sup>46(p313)</sup> a cada participante no estudo a sua experiência, de forma a obter informação pertinente para desvendar padrões de significado experiencial potencialmente identificáveis por outros indivíduos. O enfoque metodológico do nosso estudo incidiu, assim, na clarificação e na interpretação dos significados que os próprios médicos atribuíram à experiência vivida de terem ouvido, compreendido e respondido a pedidos genuínos de eutanásia ou suicídio medicamente assistido. Para atingir tal objetivo, após a feitura de perguntas de contextualização socioprofissional, iniciámos a nossa conversa com cada médico entrevistado solicitando-lhe que

falasse sobre os pedidos de ajuda médica para morrer que se recordava terem-lhe sido dirigidos pelos seus doentes no decurso da sua prática clínica e, ainda, que descrevesse detalhadamente a vivência dessas experiências. Dada a delicadeza do tema e a dificuldade em recuperar memórias desconfortáveis, notámos que tais experiências vividas não tinham sido previamente partilhadas na maioria dos casos e que, em dois deles, os médicos manifestaram relutância e algum receio em falarem sobre as práticas de morte medicamente assistida por não estarem deontologicamente legitimadas e violarem a lei portuguesa. Do ponto de vista fenomenológico, importa salientar que a exatidão fatural dos acontecimentos (o que aconteceu realmente, a frequência com que ocorreu e a sua relação com outros eventos) é menos importante para o investigador do que os significados embrenhados nas experiências e a plausibilidade das suas descrições<sup>45(p11),46(p314)</sup>. É revelante, por contraste, realçar expressões idiomáticas comumente associadas à recepção e à resposta aos pedidos de ajuda médica para morrer, assim como resgatar do discurso a multitude de elementos que permitam refletir sobre este fenómeno e contenham significância interpretativa.

Na investigação fenomenológica, a terceira atividade reporta-se, justamente, à reflexão sobre os temas principais que caracterizam um fenómeno e constituem a essência da experiência vivida. O desafio desta atividade reside no facto de a essência do fenómeno (o seu significado) nunca ser simples nem unidimensional; revestindo-se sempre de várias camadas que o tornam complexo e multidimensional<sup>45(pp78,101)</sup>. As estruturas de significado (os temas fenomenológicos) a partir dos quais as experiências vividas podem ser descritas e interpretadas englobam a imensa complexidade dos mundos de vida de cada existência humana, sendo particularmente difíceis de identificar quando estão em causa temas existenciais fundamentais, de que é exemplo a morte medicamente assistida sobre a qual versa este estudo. Segundo Max van Manen<sup>45</sup>, os temas fenomenológicos constituem as estruturas de significado da experiência vivida que permitem ao investigador controlar e estabelecer ordem no processo de escrita. O seu método fenomenológico rege-se, aquando da exploração de um fenómeno, pela identificação das experiências comuns e universalmente partilhadas pelos entrevistados, em detrimento das suas diferenças individuais. A identificação dos temas fenomenológicos universais deve, contudo, refletir as narrativas pessoais das experiências vividas por cada participante no estudo, na expectativa de que os seus leitores se revejam e reconheçam traços comuns das experiências tal como foram vividas. No nosso estudo, este método foi aplicado com recurso à utilização do guião de entrevistas (Apêndice D), à áudio-gravação e à transcrição integral das entrevistas com nove médicos portugueses (Apêndice E)

que se disponibilizaram a contarem as suas histórias com pedidos de eutanásia e de assistência médica no suicídio. As análises temáticas das nove entrevistas realizadas e transcritas na íntegra pela autora deste estudo originou um enorme conglomerado de dados textuais. Tais dados foram alvo de inúmeras leituras, que partiram da visão global sobre as experiências vividas por todos os participantes no estudo, evoluíram para a visão específica das particularidades experienciais de cada história e permitiram a identificação de temas emergentes. Assim como sugeriu Max van Manen<sup>46(p320)</sup>, as análises temáticas das experiências vividas, às quais acedemos através da memória dos entrevistados, foram elaboradas: em primeiro lugar, pela descrição das experiências vividas pelos médicos envolvidos no estudo; em segundo lugar, pela conversão das experiências em relatos médicos sobre a sua receção e resposta aos pedidos de morte medicamente assistida; em terceiro lugar, pela submissão das experiências individuais com pedidos de ajuda médica para morrer em tematizações holísticas, seletivas e detalhadas sobre o fenómeno; e, em quarto lugar, pelo uso dos temas fenomenológicos oriundos das análises temáticas no processo de escrita.

Descrever o fenómeno através da arte de escrever e reescrever constitui, precisamente, a quarta tarefa do método fenomenológico. Trata-se de uma escrita “responsivo-reflexiva”<sup>45(p32)</sup>, que coloca ao investigador o desafio de escolher as palavras “certas” para capturar a essência das experiências vividas e interpretar o significado dessas experiências para os próprios participantes no estudo. A compreensão e escrita das descrições mais ilustrativas sobre as experiências vividas pelos médicos que receberam pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido revelou-se uma tarefa extremamente difícil, sobretudo porque implicou um balanço ponderado pelo dever de ser fiel às histórias partilhadas e o risco de os seus testemunhos selecionados (os excertos das entrevistas) revelarem, por si só, a identidade dos entrevistados; os quais, na maioria dos casos, nunca haviam discutido previamente a vivência dessas experiências nem partilhado com outrem a ambivalência do papel enquanto médicos na terminação da vida, mediante um pedido firme. O que determinou a escolha dos relatos médicos e a sua inclusão no texto fenomenológico foi, por conseguinte, a convicção de que todas as palavras nele inscritas pertencem aos participantes deste estudo, sendo as suas histórias reescritas a partir de uma “descrição linguística que é tanto holística como analítica, evocativa e precisa, única e universal, poderosa e sensível”<sup>45(p39)</sup>. Se este objetivo foi atingido, só os participantes no estudo e os leitores que se reconheçam, ou não, na (re)escrita sobre a descrição e interpretação das experiências vividas pelos médicos que foram confrontados por doentes para os ajudarem a morrer poderão ajuizar e responder a esta pergunta.

### 5.3. Participantes no Estudo

Os participantes neste estudo fenomenológico foram selecionados tendo por referência a singularidade e o caráter único dos seus testemunhos para a análise do material experiencial. No nosso estudo incluíram-se os participantes que cumpriram os seguintes critérios: serem médicos especialistas que, no decurso da suas práticas clínicas, acreditam terem recebido, pelo menos, um pedido explícito, repetido, informado e bem refletido de eutanásia ou suicídio medicamente assistido, formulado por um doente adulto e mentalmente competente para solicitar ajuda médica para morrer; manifestarem interesse em compreender a natureza de tais experiências, assim como foram por si vividas, e em interpretar o significado nelas inscrito; estarem disponíveis para partilhar com a autora do estudo a vivência dessas experiências com o fenómeno da receção e da resposta aos pedidos de morte medicamente assistida, quer através da realização de entrevistas áudio-gravadas, quer através da publicação encriptada dos dados experienciais.

Quando nos indagámos sobre as melhores estratégias para recrutar os participantes neste estudo, suspeitámos e, posteriormente, confirmámos que seria uma tarefa árdua devido ao facto de os médicos não falarem abertamente sobre a receção dos pedidos de morte medicamente assistida, estarem sujeitos a molduras penais e sanções deontológicas, nos casos de acederem aos pedidos, e não serem localizáveis em espaços institucionais comuns. A complexidade deste tema e a enorme dificuldade em localizar profissionais de Medicina que cumprissem os critérios de inclusão, acima descritos, justificou o uso de duas estratégias de recrutamento dos participantes no estudo: o contato com informadores privilegiados e o recurso à técnica da “bola de neve”<sup>197-198</sup>. A primeira estratégia remeteu-nos para a identificação de informadores privilegiados que fossem publicamente reconhecidos pelo seu saber e interesse no tema da morte medicamente assistida, incidindo sobre os médicos que, em 2012, subscreveram uma petição para a abertura do debate sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido no seio da Ordem dos Médicos<sup>199</sup>. Contatámo-los para averiguar a possibilidade de conhecerem outros médicos que, durante a sua prática clínica, tivessem recebido pedidos de eutanásia ou suicídio medicamente assistido ou, ainda, de os próprios informadores terem vivenciado a experiência desse fenómeno. Os informadores privilegiados, tal como os colegas médicos por si sugeridos, foram contactados de diversas formas (por email, telefone e presencialmente em instituições hospitalares) e foram convidados a participar no nosso estudo. Por conseguinte, a utilização da técnica da bola de neve revelou-se útil na prossecução desta investigação, sobretudo numa fase adiantada do trabalho de

campo em que, após terem sido entrevistados os (sete) médicos que nos forneceram informação privilegiada, se tornou possível entrevistar (dois) médicos referenciados por colegas de profissão.

Relativamente ao tamanho da “amostra”, importa referir que o total de nove participantes neste estudo se enquadra nas recomendações de John Creswell<sup>198(p121)</sup>, que propõe entre 5 a 25 indivíduos a serem incluídos num estudo fenomenológico. Embora o termo *amostra* não deva ser aplicado num estudo fenomenológico, Max van Manen<sup>45-46</sup> concede a sua utilização por alusão aos exemplos das descrições experiencialmente ricas e profundas que nos permitem explorar os significados de um fenómeno. No seu entender, uma “amostra intencional”<sup>46(p353)</sup>, tal como a que nos propusemos desenvolver, é composta pelo número total de exemplos de descrições experienciais. No nosso estudo procurámos “saturar” os dados experienciais através da recolha de nove histórias suficientemente exemplificativas para estabelecer um contato tão próximo quanto possível – porque mediado pela memória – com as experiências tais como foram vividas pelos médicos que receberam pedidos de ajuda médica para morrer (o fenómeno em estudo). O material experiencial que configura os resultados deste estudo (apresentados sob a forma de excertos das entrevistas) permitiu-nos, por fim, redigir um texto fenomenológico reflexivo.

#### **5.4. Procedimentos de Recolha e Análise do Material Experiencial**

A recolha e a análise do material experiencial envolveram procedimentos metodológicos distintos neste estudo fenomenológico, pelo que os discutimos separadamente em seguida.

O material experiencial sobre os pedidos de ajuda médica para morrer foi recolhido com recurso à realização de entrevistas semi-diretivas e ao uso de um guião de entrevistas (Apêndice D) que continha quer questões fechadas de caracterização socioprofissional, quer questões abertas relacionadas com o fenómeno. Nesta investigação fenomenológica hermenêutica, as entrevistas assumiram um registo conversacional e cumpriram duas funções específicas, que já haviam sido previamente sinalizadas por Max van Manen<sup>45(pp63,66),46(p314)</sup>: em primeiro lugar, serviu para explorar relatos médicos pré-reflexivos e recolher material (narrativas, histórias e memórias reconstruídas) sobre as experiências vividas pelos médicos que foram interpelados por doentes para praticarem a eutanásia ou os auxiliarem a cometer o suicídio; e, em segundo lugar, serviu como uma ocasião para próprios os médicos interpretarem os significados dessas experiências e, dessa forma, possibilitarem à autora do estudo desenvolver uma compreensão mais aprofundada sobre o fenómeno em estudo e, conseqüentemente, proceder à sua reflexão fenomenológica.



A construção do guião que orientou a condução das entrevistas foi inspirada em seis estudos qualitativos realizados por Kohlwes e col.<sup>200</sup> em dois estados norte-americanos (Washington e Califórnia), por Ganzini e col.<sup>201</sup> e Dobscha e col.<sup>202</sup> no estado do Oregon, por Georges e col.<sup>25</sup> na Holanda e por Meeussen e col.<sup>203</sup> na Bélgica. Considerando que estes seis estudos foram efetuados em estados norte-americanos e em países europeus que despenalizaram a morte medicamente assistida e, ainda, que nenhum deles aplicou o método fenomenológico para averiguar o modo como os médicos entrevistados experienciaram, aferiram e responderam a pedidos de morte medicamente assistida, revelou-se necessário construir um guião de entrevistas com tópicos de discussão que respeitassem a orientação metodológica do nosso estudo e se enquadrassem no regime ético-legal que proíbe a eutanásia e o suicídio medicamente assistido em Portugal. Assim, no nosso guião de entrevista (Apêndice D) incluíram-se tópicos de discussão sobre: a formação, especialização e experiência profissional do médico; a experiência médica com a receção de pedidos de morte medicamente assistida; a caracterização do doente que efetuou o pedido e do processo que o enquadrava (forma, conteúdo e motivações); a resposta médica e reação emocional suscitada pelo pedido; a relação terapêutica do médico com o doente e os seus familiares; a perspetiva médica sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido; e, ainda, a referenciação de outros colegas médicos que experienciaram o fenómeno (aplicando-se, neste tópico, a técnica da bola de neve). Saliente-se que este vasto conjunto de tópicos não foi escrutinado *per si*, tendo sido usado para enriquecer a análise temática do material experiencial.

Aquando da elaboração do guião de entrevistas, não considerámos oportuno pré-definir os termos *eutanásia* e *suicídio medicamente assistido* em prol da tentativa de captar a polissemia que ambas as vertentes da morte medicamente assistida poderiam assumir para os participantes no estudo. Julgámos que, se fôssemos interpelados sobre potenciais clarificações conceptuais, seria mais frutífero devolver ao entrevistado a sua pergunta na expectativa de que o próprio nos revelasse o que é que a eutanásia e o suicídio medicamente assistido significam para si. Todavia, o contato com dois médicos (um nefrologista e uma oncologista) potencialmente participantes no estudo revelou-nos que a morte medicamente assistida pode ser confundida com outras decisões médicas em fim de vida (abstenção ou suspensão de tratamentos e sedação paliativa). De modo a evitar confusões conceptuais que comprometessem o estudo, optámos, em alternativa, por incluir no preâmbulo do nosso guião de entrevistas as definições de eutanásia e suicídio medicamente assistida, nos termos em que os dois conceitos já haviam sido operacionalizados no estudo de

Ferraz Gonçalves<sup>56</sup>; a saber: a eutanásia definida por “terminação deliberada e indolor da vida de uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido, pela administração de um ou mais fármacos em doses letais”<sup>56(p191)</sup>; o suicídio medicamente assistido definido por “ajuda ao suicídio de uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido, prescrevendo os fármacos e dando-lhe as instruções necessárias para o seu uso”<sup>56(p191)</sup>.

Após um prolongado processo de seleção e localização dos participantes, as entrevistas aos nove médicos que aceitaram integrar o nosso estudo foram realizadas durante cinco meses, entre Junho e Outubro de 2014. Com cada profissional de Medicina foi realizada uma entrevista, não obstante ter sido necessário concluí-la em dois dias diferentes, no caso de dois participantes, devido à indisponibilidade temporal para finalizarem a partilha das suas experiências vividas com o fenómeno da receção e da resposta aos pedidos de ajuda médica para morrer durante o horário de trabalho em contexto hospitalar. As entrevistas tiveram uma duração média de duas horas, cada uma, decorrendo maioritariamente em instituições hospitalares públicas da região de Lisboa e Vale do Tejo; isto apesar de dois médicos terem sido entrevistados nos seus domicílios pelo facto de estarem reformados, terem dupla residência e exercerem a prática clínica na região Centro do país. Mediante o consentimento dos nove médicos participantes neste estudo, todas as entrevistas foram conduzidas, áudio-gravadas e transcritas na íntegra pela autora (Apêndice E).

Na sequência da transcrição integral das entrevistas, procedeu-se à análise do material experiencial recolhido com o propósito de elaborar uma reflexão fenomenológica hermenêutica que nos permita compreender os significados imbuídos na receção de pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido para os próprios médicos participantes no estudo. De acordo com Max van Manen<sup>45(p90)</sup>, a percepção da essência do fenómeno requer um processo de apropriação reflexiva que torne possível clarificar e tornar explícita a estrutura de significados da experiência vivida. No estudo procurámos identificar a estrutura de significados encrustada nas experiências dos médicos que foram solicitados por doentes mentalmente competentes para os ajudarem a morrer através da identificação de unidades de sentido em todos os textos transcritos e analisados tematicamente. As análises temáticas dos significados do fenómeno da receção e resposta aos pedidos de morte medicamente assistida que foi experienciado pelos médicos entrevistados não se revelaram, contudo, um processo simples. Max van Manen<sup>45-46</sup> relembra-nos, a este respeito,

que “analisar os significados temáticos do fenómeno (a experiência vivida) é um processo complexo e criativo de invenção perspicaz, descoberta e revelação”<sup>46(p320)</sup>. Apesar da sua complexidade, encetámos esta análise para identificar os temas fenomenológicos constitutivos da estrutura da experiência vivida que pretendemos descrever, compreender e interpretar<sup>45</sup>. Os temas fenomenológicos deste estudo foram, por conseguinte, desvendados com recurso à análise dos textos transcritos; os quais foram tratados como fontes de significados, a vários níveis (desde histórias completas, a excertos dos relatos médicos, expressões idiomáticas e palavras únicas), para obter uma descrição fidedigna da experiência dos médicos que receberam pedidos de morte medicamente assistida, tal como os próprios a vivenciaram. A fim de descobrir, isolar e designar os temas fenomenológicos nos textos transcritos e analisados pela autora do estudo, utilizámos três abordagens sugeridas por Max van Manen<sup>45(pp92-93),46(p320)</sup>: uma abordagem holística de leitura de cada texto como um todo, com o intuito de resgatar o seu significado principal; uma abordagem seletiva de leitura em cada texto, lido várias vezes, com o propósito de encontrar episódios que fossem particularmente ilustrativos do fenómeno em estudo; e uma abordagem detalhada de leitura do texto para perceber o que é que cada conjunto de declarações revelava não só sobre o fenómeno da receção e resposta aos pedidos de ajuda médica para morrer, mas também sobre a experiência vivida pelo médico entrevistado. Estas três abordagens de leitura dos textos possibilitaram, assim, o surgimento de quatro temas fenomenológicos comuns (universais) aos testemunhos dos nove médicos participantes neste estudo sobre a experiência da receção, da abordagem e da resposta aos pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido.

### **5.5. Critérios de Avaliação do Estudo**

Segundo Max van Manen<sup>46(p348)</sup>, a validade de um estudo fenomenológico deve incidir sobre a avaliação da originalidade dos seus contributos e da solidez dos processos interpretativos que nele estão inscritos. Atendendo às fortes críticas de insuficiente controlo sobre a validade e a confiabilidade dos resultados que têm sido endereçadas aos estudos que utilizam os métodos de investigação qualitativa, Norman Denzin e Yvonna Lincoln<sup>204</sup> estipularam quatro critérios para avaliar uma investigação qualitativa, a saber: credibilidade; transferibilidade; confiabilidade; e confirmabilidade. A seguir explicitamos o modo como procurámos que o estudo fenomenológico aqui apresentado cumprisse os quatro critérios de avaliação de uma investigação qualitativa.

O primeiro critério da credibilidade corresponde à validade interna de uma investigação qualitativa. Quando aplicado ao estudo fenomenológico, o critério da credibilidade é respeitado se o investigador for capaz de reconhecer e apresentar as múltiplas realidades, perspectivas e significados que estão presentes nas histórias e nas narrativas pessoais sobre a vivência de um fenómeno. Com a apresentação dos resultados sobre a análise temática do material experiencial, esperamos ter sido capazes de, por um lado, apreender a verdadeira natureza das experiências vividas por nove médicos portugueses aquando da receção dos pedidos de morte medicamente assistida, e, por outro lado, interpretar os significados que essas experiências tiveram para os próprios médicos participantes neste estudo. Ainda assim, gostaríamos de reconhecer que a nossa descrição fenomenológica sobre as experiências médicas aquando da receção e da resposta aos pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido constitui apenas uma interpretação possível do fenómeno. Max van Manen<sup>46</sup> recorda-nos, a este propósito, que, em última instância, a evidência fenomenológica é “ambígua e nunca está completa”<sup>46(p351)</sup>.

Por conseguinte, o segundo critério da transferibilidade refere-se à validade externa da investigação qualitativa e convoca um paralelismo com a investigação quantitativa ao nível das técnicas de amostragem que asseguram a representatividade e a generalização dos resultados. Se considerarmos os temas fenomenológicos comuns (universais) que fomos capazes de identificar neste estudo, até poderíamos considerar a hipótese de existir uma compreensão “generalizada” do fenómeno da receção e resposta aos pedidos de ajuda médica para morrer. Todavia, somos impelidos a questionar “como é que é a generalização fenomenológica é possível, respeitando a singularidade e a unicidade”<sup>46(p352)</sup> das experiências vividas pelos participantes no estudo? Em resposta a esta pergunta, Max van Manen<sup>46</sup> informa-nos que a única generalização possível num estudo fenomenológico é “nunca generalizar”<sup>46(p352)</sup>. Dado que a fenomenologia não produz generalizações no sentido empírico, o seu foco metodológico orienta-se especificamente para os indivíduos que experienciam o fenómeno analisado, manifestam interesse e capacidade reflexiva para descrever, interpretar e partilhar a vivência dessas experiências com um investigador. Nesta investigação procurámos garantir que os membros da nossa “amostra intencional” satisfaziam as necessidades informativas do estudo, nomeadamente através do recrutamento e da localização de nove médicos portugueses que acreditam ter recebido pedidos de morte medicamente assistida.

O terceiro critério da confiabilidade não tem relevância neste paradigma de investigação, devido à impossibilidade de replicar um estudo fenomenológico com a pretensão de vir a obter

resultados semelhantes. A este respeito, Max van Manen<sup>46</sup> já nos havia alertado que “os estudos fenomenológicos sobre o mesmo ‘fenómeno’ ou ‘acontecimento’ podem ser muito diferentes nos seus resultados”<sup>46(p351)</sup>. Para essa diferença contribuem não apenas as competências analíticas e interpretativas do próprio investigador, mas também, e sobretudo, o caráter singular e irrepetível da experiência vivida por cada participante num estudo fenomenológico. Conforme referimos anteriormente, somente os médicos entrevistados e os leitores deste estudo poderão avaliar a sua qualidade, quer ao nível da descrição e da interpretação dos significados que as experiências de receção, abordagem e resposta aos pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido tiveram para os próprios participantes no estudo (reconhecendo-se nele), quer ao nível da sua contribuição para o avanço do conhecimento científico sobre a complexidade deste fenómeno e para o aprofundamento da reflexão sobre as “zonas cinzentas” que circundam a vivência destas experiências disruptivas e as práticas subterrâneas de morte medicamente assistida.

O quarto, e último, critério da confirmabilidade dos resultados da investigação qualitativa é assegurado pela isenção do investigador. Durante a realização do nosso estudo, esforçámo-nos por não enviesar a análise do material experiencial com preconceções e posições pessoais que assumimos quanto à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido. Max van Manen<sup>45,46(p354)</sup> apresenta-nos um dispositivo fenomenológico crítico – a *epoché* – para combater o enviesamento interpretativo que pode advir das preconceções e convicções pessoais do próprio investigador. O termo *epoché*<sup>205(pp84-90)</sup> refere-se justamente à assunção, por parte do investigador, de uma atitude de suspensão dos seus juízos de valor e de abstração das suas preconceções sobre o fenómeno em estudo, a fim de alcançar uma compreensão das suas essências. Nesta investigação fenomenológica procurámos adoptar tal atitude suspensiva para retratar com autenticidade as experiências vividas pelos profissionais que receberam pedidos de ajuda médica para morrer.

## **5.6. Considerações Éticas do Estudo**

Antecipando a dificuldade em abordar um fenómeno tão sensível como o da receção de pedidos e das práticas subterrâneas de morte medicamente assistida, revelou-se imprescindível garantir a todos os médicos participantes no nosso estudo que as suas identidades e afiliações institucionais, assim como as dos doentes que lhes solicitaram ajuda médica para morrer, seriam ocultadas durante as fases de transcrição, de análise e de publicação dos resultados provenientes das entrevistas fenomenológicas. Tais garantias de confidencialidade e proteção da identidade,

quer dos médicos entrevistados, quer dos doentes que lhes formularam pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido, estiveram inscritas numa carta de apresentação dirigida aos potenciais participantes no projeto de investigação (Apêndice B) aquando do processo de seleção, assim como num formulário de consentimento informado (Apêndice C) que elaborámos e disponibilizámos antes da realização das entrevistas com os médicos que aceitaram integrar o projeto. No formulário de consentimento informado incluímos informações relativas à aprovação do projeto pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (Apêndice A), ao direito dos participantes no estudo a abandoná-lo em qualquer momento, aos objetivos principais do estudo, à técnica utilizada para recolher o material experiencial, aos possíveis riscos e benefícios inerentes à participação num estudo sobre a experiência vivida por médicos portugueses com pedidos de morte medicamente assistida, e aos contatos (telemóvel e email) da autora do estudo. Embora tenhamos procurado cumprir os “padrões éticos”<sup>205</sup> da investigação com a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes por via escrita, durante a realização do trabalho de campo verificámos que a assinatura deste formulário comprometia a proteção da identidade dos médicos que foram entrevistados. Em alternativa, optámos por obter verbalmente o consentimento e não sujeitámos nenhum participante a assinar um documento que tornasse tangível a sua verdadeira identidade. Acrescente-se que as transcrições integrais das entrevistas também não foram reveladas pelo mesmo motivo de respeito pela confidencialidade, tendo-se disponibilizado apenas uma versão truncada das transcrições das nove entrevistas com a omissão de todos os elementos potencialmente identificativos dos participantes (Apêndice E). A estratégia encontrada para efeitos de apresentação dos resultados deste estudo fenomenológico cingiu-se, então à atribuição de um código a cada um dos nove médicos entrevistados (M1–9).

Todas estas garantias de confidencialidade que assegurámos revelaram-se fulcrais não só para proteger a identidade dos médicos que participaram neste projeto, mas também para lhes fornecer as condições necessárias para uma partilha não constrangida das experiências vividas aquando da receção e da resposta aos pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido com os quais foram, pelo menos uma vez, confrontados durante a prática clínica. É de realçar, em jeito de balanço final, que pensamos ter sido capazes de criar um ambiente securizante para discutir este tema sensível e permitir que mesmo a partilha de práticas deontológica e legalmente sancionáveis não constituísse uma agressão ao seu bem-estar emocional. Estamos convictos de que os seus testemunhos introduzem um novo olhar sobre tais decisões médicas em fim de vida.

### 5.7. Apresentação e Discussão do Material Experiencial

O estudo fenomenológico realizado procurou descrever a natureza dos pedidos de morte medicamente assistida, tal como os próprios foram experienciados por nove médicos portugueses no decurso da sua prática clínica, assim como interpretar os significados que a vivência dessas experiências tiveram para si, aquando da solicitação, exploração e resposta a um doente adulto e mentalmente competente para praticar a eutanásia ou lhe prestar auxílio no suicídio. No Quadro 3 é possível constatar que esta partilha das experiências com a morte medicamente assistida se concretizou junto de médicos muito experientes (mais de vinte anos, com exceção da médica M2 que tem cerca de dez anos de experiência profissional), envolvidos na prestação de cuidados a pessoas com doenças incuráveis, avançadas e progressivas (incluindo neoplasias, insuficiência renal crónica, esclerose lateral amiotrófica) e particularmente susceptíveis à recepção de pedidos genuínos por parte dos próprios doentes para terminarem voluntariamente a vida, quer através da hetero-administração de fármacos letais (eutanásia), quer através da prescrição de fármacos e/ou provisão das instruções necessárias para a auto-administração (suicídio medicamente assistido).

**Quadro 3: Caracterização Socioprofissional dos Médicos Entrevistados**

Nº Entrevistado	Género	Idade	Especialidades Médicas	Áreas de Diferenciação Profissional
M 1	Masculino	≥ 60 anos	Anestesiologia	Dor Crónica Oncológica e Cuidados Paliativos
M 2	Feminino	≤ 40 anos	Medicina Interna	Cuidados Paliativos
M 3	Feminino	≥ 60 anos	Medicina Interna	Cuidados Intensivos e Oncologia Médica
M 4	Masculino	≥ 60 anos	Medicina Interna e Oncologia Médica	Oncologia Médica
M 5	Masculino	≥ 50 anos	Oncologia Médica	Transplantação
M 6	Masculino	≥ 50 anos	Hematologia Clínica	Transplantação
M 7	Masculino	≥ 60 anos	Nefrologia	Insuficiência Renal Crónica
M 8	Masculino	≥ 60 anos	Nefrologia	Insuficiência Renal Crónica
M 9	Masculino	≥ 50 anos	Neurologia	Esclerose Lateral Amiotrófica

A fim de caracterizar mais pormenorizadamente os nove participantes neste estudo, refira-se que: os médicos M1 e M2 (anestesiologista e internista) desenvolveram as suas trajetórias profissionais em estruturas hospitalares públicas de Cuidados Paliativos, a médica M3 presta apoio clínico de Medicina Interna aos doentes oncológicos internados numa unidade privada de saúde, os médicos M4 e M5 exercem a sua prática clínica em estruturas hospitalares públicas de

Oncologia, os médicos M7 e M8 desenvolveram as suas trajetórias profissionais em serviços hospitalares públicos de Nefrologia e, ainda, que o médico M9, especialista em Neurologia, é publicamente reconhecido como perito no acompanhamento de doentes com Esclerose Lateral Amiotrófica num serviço hospitalar público. Embora a esmagadora maioria dos médicos que foram entrevistados para este estudo seja do sexo masculino e exerça, ou tenha exercido até ao momento da reforma, a sua atividade profissional em hospitais públicos da região de Lisboa e Vale do Tejo, importa frisar que a região Centro do país também se encontra aqui representada.

Para além desta breve caracterização do perfil socioprofissional dos médicos entrevistados (Quadro 3), relembre-se que cada participante foi selecionado para participar neste estudo devido ao facto de acreditar ter experienciado, pelo menos uma vez, o fenómeno em análise: a receção de um pedido de eutanásia ou um pedido de suicídio medicamente assistido. Não obstante todos os médicos entrevistados já terem vivenciado a experiência da receção, exploração e resposta a um pedido de morte medicamente assistida que lhes foi dirigido pelo doente durante a sua prática clínica, é de salientar que a experiência deste fenómeno varia consoante as áreas de especialidade e diferenciação profissional. Os pedidos de suicídio medicamente assistido foram experienciados só pelos médicos das especialidades de Medicina Interna (M3 recebeu dois pedidos de doentes com VIH/Sida há mais de dez anos atrás) e Nefrologia (M8 recebeu o pedido de um doente com insuficiência renal crónica em hemodiálise que acompanhou durante dez anos). Por seu turno, os pedidos de eutanásia foram mais prevalentes em todas as especialidades médicas, tendo sido reportados com maior frequência pelos médicos de Hematologia (M6 afirmou ter recebido 10 pedidos de eutanásia, dos quais um por parte de uma doente adolescente e três pedidos por parte de doentes de meia-idade com um linfoma de Hodgkin, linfoma T/NK Nasal e mieloma múltiplo, tendo este último sido recebido há três anos atrás), Nefrologia (M7 recebeu quatro pedidos por parte de doentes da sua idade, o primeiro proveniente de uma amiga com neoplasia do pulmão, o segundo de um amigo médico com esclerose em placas, o terceiro e o quarto, há oito anos atrás, de doentes com insuficiência renal crónica em hemodiálise; a par de M8, que também recebeu o pedido de um amigo médico com doença neuromuscular grave), Medicina Interna e Paliativa (M2 recebeu dois pedidos nos últimos cinco anos, de doentes com recidivas de um tumor da cabeça e pescoço e de um tumor renal metastizado) e Oncologia (M4 recebeu dois pedidos de doentes de meia-idade com um tumor do cólon em fase avançada e com um tumor na região do ânus). Por contraste, a eutanásia foi solicitada apenas uma única vez aos restantes quatro médicos



entrevistados, especializados em Oncologia (M5 recebeu o pedido de uma doente com carcinoma do ovário em fase terminal, que acompanhou durante cinco anos), Anestesiologia e Medicina Paliativa (M1 recebeu o pedido de uma doente com tumor ginecológico em estado avançado), Medicina Interna (M3 recebeu, há dois anos atrás, o pedido de uma jovem colega médica no local trabalho com neoplasia da mama e insuficiência respiratória por metastização pulmonar) e Neurologia (M9 recebeu o pedido de um colega médico com esclerose lateral amiotrófica).

Na sequência da caracterização dos pedidos sérios de morte medicamente assistida (total de três pedidos de suicídio medicamente assistido e vinte e três pedidos de eutanásia) recebidos e detalhadamente descritos por todos os entrevistados, importa evidenciar que quase metade dos médicos participantes neste estudo (4/9) foram abordados por elementos do grupo de pares (leia-se, por outros profissionais de Medicina) para praticar a eutanásia, quer seja porque já havia uma longa relação de amizade estabelecida (nos casos de M7 e M8), quer seja porque a progressão de uma doença oncológica ou a antecipação da evolução de uma doença neuromuscular tornou o sofrimento insuportável para os próprios médicos-doentes (nos casos de M3 e M9). É, ainda, imprescindível salientar que tais pedidos de morte medicamente assistida foram rejeitados pela maioria dos participantes no estudo (7/9), os quais procuraram atenuar o sofrimento dos doentes com recurso a diversas decisões médicas em fim de vida: ao controlo sintomático e aos cuidados paliativos (casos de M1, M4, M6), a par da sedação paliativa (casos de M2, M3, M5). Um caso paradigmático de rejeição de um pedido de eutanásia formulado por um médico-doente com esclerose lateral amiotrófica ao colega e médico neurologista (M9) diz respeito à recusa explícita do pedido em simultâneo com a permissão implícita a um membro da família (filha, enfermeira) para “preparar o soluto, com morfina, fatal, para o pai”, ao não-relatar o seu conhecimento desse plano às autoridades nem o registar na ficha clínica do doente, que “depois não voltou mais [à consulta], como é evidente!”. Por contraste com a esmagadora maioria de respostas negativas, os dois médicos de Nefrologia foram os únicos entrevistados a responder afirmativamente, no caso de M8, a um pedido de suicídio medicamente assistido (prescrevendo, comprando, fornecendo fármacos letais e dando instruções sobre a sua utilização a um doente insuficiente renal crónico, que não os ingeriu) e, no caso de M7, a quatro pedidos de eutanásia, com a “técnica [de] sedar o doente e cloreto de potássio”. Em jeito de síntese comparativa, note-se que os resultados deste estudo, até agora apresentados, são consentâneos com os do estudo de Ferraz Gonçalves<sup>56,193</sup>, ao nível da predominância dos pedidos e das práticas subterrâneas de eutanásia em Portugal.

Finda a caracterização dos nove médicos participantes neste estudo e dos pedidos de morte medicamente assistida que receberam durante a prática clínica, é chegado o momento de dar voz aos seus testemunhos sobre as experiências que viveram com o fenómeno em análise. As vozes dos entrevistados são, a seguir, apresentadas com o intuito de descrever e compreender o modo como os próprios acolheram e se posicionaram perante os pedidos de ajuda médica para morrer. Embora cada história que nos foi contada ilustre uma vivência única e tenha a sua especificidade, através de um processo analítico sobre o vasto material experiencial recolhido, foi-nos possível identificar quatro temas fenomenológicos, com um número variável de subtemas associados, que retratam aspetos comuns a todas as histórias e casos paradigmáticos dos médicos solicitados para praticar a eutanásia ou prestar auxílio no suicídio (Quadro 4). Os quatro temas fenomenológicos relacionam-se entre si e podem ser entendidos como etapas de uma viagem em que os médicos embarcaram aquando da receção dos pedidos. Assim como detalhamos no Quadro 4, os temas fenomenológicos que emergiram da análise das entrevistas com todos os participantes no estudo são os seguintes: estar aberto para ouvir os pedidos de morte medicamente assistida (Tema 1); interpretar e explorar os significados dos pedidos (Tema 2); responder a tais pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido (Tema 3); e, por fim, refletir sobre esses pedidos (Tema 4).

**Quadro 4: Temas e Subtemas Fenomenológicos sobre a Experiência Viva dos Profissionais de Medicina com Pedidos de Eutanásia e de Suicídio Medicamente Assistido**

SUBTEMAS	TEMA I Estar aberto para ouvir os pedidos	TEMA II Interpretar e explorar os significados dos pedidos <i>Interpretar</i> <i>Explorar</i>		TEMA III Responder aos pedidos	TEMA IV Refletir sobre os pedidos
	I.1 Ficar para ouvir é uma escolha	II.1 Pedidos como manifestação de sofrimento existencial e de sofrimento altruísta	II.5 Exploração evitada: evasão aos pedidos	III.1 Recusar os pedidos: o controlo sintomático e os cuidados paliativos como alternativas	IV.1 Olhar para trás: o ‘Eu’ projetado no passado
	I.2 Receção de pedidos implícitos	II.2 Pedidos por racionalização e por ausência de esperança		III.2 Recusar os pedidos: a sedação paliativa como alternativa	
	I.3 Receção de pedidos explícitos	II.3 Pedidos devido à perda de autonomia e à diminuição da qualidade de vida	II.6 Exploração bloqueada: inaptidão para lidar com os pedidos	III.3 Recusar explicitamente os pedidos, mas dar permissão implícita ao doente e à família	IV.2 Olhar em frente: perspetivas de uma futura despenalização
		II.4 Pedidos devido à degradação física	II.7 Exploração consolidada: escalpelização dos pedidos	III.4 Aceitar praticar o suicídio medicamente assistido	IV.3 Código de silêncio no presente
				III.5 Aceitar praticar a eutanásia	

### 5.7.1. Tema I – Estar Aberto para Ouvir os

#### Pedidos de Morte Medicamente Assistida

O primeiro tema fenomenológico que emergiu da análise das entrevistas diz respeito à abertura dos próprios profissionais de Medicina para ouvirem os pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido que, pelo menos uma vez, os seus doentes lhes dirigiram ao longo da sua prática clínica. A maioria dos médicos participantes neste estudo consideram que os pedidos de ajuda médica para morrer foram fenómenos raros e invulgares na sua trajetória profissional, não obstante terem constituído uma experiência emocionalmente difícil e moralmente problemática para os entrevistados que se sentiram compelidos com os apelos ouvidos para auxiliarem os seus doentes na terminação da vida. Conforme testemunham três médicos entrevistados:

*Os pedidos de eutanásia não são muito frequentes, mas existem. Pronto... É importante as pessoas terem noção disso. E, por melhores cuidados que nós tentemos proporcionar e envolvendo toda a equipa e, de alguma forma, tentando entrar por todos os âmbitos... Desde a parte do controlo sintomático, desde a parte do apoio emocional, desde a parte do apoio espiritual, (...) outra forma de tentar encontrar motivos de sentido para os doentes... Continua a haver doentes que, de uma forma determinada, pedem para os ajudarmos a morrer.*

[M2, Feminino, ≤ 40 anos, Medicina Interna e Paliativa]

*Sabemos que há situações em que, apesar de bons Cuidados Paliativos, os doentes continuam a pedir. Mas são raros esses casos! Aquilo que sabemos é que são raros. E, na minha experiência, não tive... Excepto este caso que é, de facto, um caso!*

[M1, Masculino, ≥ 60 anos, Anestesiologia e Medicina Paliativa]

*Qualquer caso destes nos questiona muito! Quer dizer, estes não são casos vulgares...*

[M6, Masculino, ≥ 50 anos, Hematologia]

Embora a recepção de pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido não seja um fenómeno frequentemente experienciado pelos médicos que participaram no estudo, este tipo de solicitações de ajuda médica para morrer foi recordado com grande precisão e detalhe devido à sua natureza atípica e ao enorme desconforto suscitado tanto para o emissor (doente) como para o receptor (médico). A fim de explorar o tema da abertura médica para ouvir os pedidos de morte assistida, em seguida analisamos os três subtemas emergentes das entrevistas: ficar para ouvir é uma escolha; pedidos implícitos; e pedidos explícitos. Com a análise destes três subtemas torna-se possível apreender não só os desafios da experiência de recepção dos pedidos de ajuda médica para morrer, mas também o grau de explicitação com que os doentes formularam tais pedidos.

## Subtema I.1: Ficar para Ouvir é uma Escolha

Em rigor, este estudo ilumina uma área do conhecimento científico obscura e, até agora, completamente desconhecida porque os nove médicos que se disponibilizaram a partilhar as suas experiência com a recepção de pedidos genuínos de ajuda médica para morrer também já haviam manifestado abertura para ouvirem aquilo que os doentes lhes queriam realmente dizer e para permanecerem presentes nessa escuta ativa. Cada um dos participantes no nosso estudo fez uma escolha, na medida em que optou por ouvir o pedido que lhe foi dirigido, ao invés de ensurdecer perante um assunto tão melindroso e sensível. A este respeito, atentemo-nos em duas reflexões médicas sobre a dificuldade de iniciar uma conversa sobre a morte medicamente assistida:

*Provavelmente, os doentes têm medo de fazer as perguntas diretas, porque têm medo da reação dos médicos, de rejeição, de negação... (...) Veja do lado do doente! Não é uma conversa que se tenha facilmente, a não ser quando se tem alguma relação pessoal de longa duração. Mas, mesmo assim, provavelmente, as pessoas nunca sabem (...) como é que o médico vai reagir, se vai rejeitar, se vai ser agressivo, se vai ser: 'Nem pense nisso! O meu dever ético proíbe-me completamente disso! Como é que você se atreve a pedir-me uma coisa dessas?'*

[M8, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

*Estamos a falar de uma conversa muito complicada de ter, muito delicada! Não é fácil iniciar esta conversa para um doente, de certeza! Os doentes, quando falam nisto, o primeiro medo que têm é de ser maltratados pelos médicos! Porque há médicos que respondem perante isto de formas muito agressivas! Quase chamando bestas aos doentes, porque eles não são assassinos, não estão ali para os matar! (...) Há sempre medo de retaliação, porque uma relação médico-doente é sempre uma relação de poder! E o poder está sempre do lado do médico...*

[M6, Masculino, ≥ 50 anos, Hematologia]

Se, do lado do doente, o medo da rejeição e da agressão pode condicionar a formulação de um pedido de morte medicamente assistida, do lado do médico, a sua audição também pode estar condicionada e ser deliberadamente evitada por gerar um enorme incómodo e suscitar conflitos pessoais. Ouvir pressupõe um processo recíproco, segundo o qual a mensagem enviada pelo doente (emissor) apenas é recebida pelo médico se este último (receptor) tiver capacidade e disponibilidade para ouvir, assim como para ficar ativamente envolvido numa escuta ativa. Por si só, a escuta ativa já exige um trabalho absorvente por parte do receptor da mensagem que está a ser transmitida. Quando analisada neste contexto, verifica-se que a escuta ativa de um pedido de eutanásia ou suicídio medicamente assistido obriga a um trabalho acrescido por parte do médico implicado na sua audição, visto que a reciprocidade desse processo auditivo ocorre no âmbito de

um compromisso terapêutico. O próximo relato médico exemplifica, precisamente, o modo como um participante no nosso estudo revelou estar terapeuticamente comprometido com os doentes que lhe dirigiram pedidos de eutanásia e, em particular, com uma doente diagnosticada com um mieloma múltiplo, perante a qual escolheu ficar para ouvi-la e encetou uma escuta ativa:

*Não era diretamente minha doente... Foi uma doente com quem eu fiquei por férias de outro colega. Uma doente que estava em situação terminal, que iria viver meses, poucos... E eu fui várias vezes ao pé dela para lhe dar oportunidade de ela falar o que quisesse. Ou seja, dispus-me! Fui lá perguntar se ela queria falar alguma coisa comigo, sempre numa grande abertura para ver se ela queria desabafar alguma coisa comigo. E, nos primeiros dois dias, disse-me que não, que não tinha nada para falar comigo, que estava tudo resolvido na cabeça dela e que estava tudo calmo. Primeiro dia, segundo dia e, ao terceiro dia, quando fui lá, aí abriu-se comigo e disse-me que queria a minha ajuda para antecipar a morte. Quando falou, falou! Disse o que queria: 'Quero morrer! Não quero ir para casa, não quero voltar a casa! Quero morrer, venho para o hospital!' Disse que precisava da minha ajuda para morrer. (...) Com muita calma, mas dizendo que já tinha encerrado todos os assuntos da sua vida e que agora queria morrer. Tinha conseguido resolver todos os problemas que tinha pendentes e queria a minha ajuda para morrer mais depressa. (...) Como ela não era uma doente minha previamente, eu até penso que isso terá sido, para ela, um bocadinho um obstáculo para me dizer exatamente o que é que queria. Não era só que queria morrer, era que me queria pedir isso! A conversa comigo ocorreu só à terceira tentativa de conversa comigo para eu tentar perceber o que é que ela queria. (...) Este é um pedido que eu estou à espera. Obviamente, num caso destes, eu preparo-me mais. É mais fácil para mim porque já estou preparado, porque sei em que águas é que vou pisar... Tento arranjar um espaço adequado para a conversa ser feita, com o maior conforto possível, para a pessoa se sentir com a maior discrição possível, com maior intimidade. Estas coisas não são para ser abordadas numa enfermaria com pessoas à volta. Gostamos que isto seja feito na forma própria, inclusive por tudo o que pode vir a seguir em termos de discussão, tudo o que podemos vir a conversar a seguir. A senhora quis falar sobre o assunto. Eu levei-a para uma sala, onde a senhora esteve sentada comigo. Só estávamos os dois, não estava mais ninguém. Podia falar à vontade. Temos tempo... É necessário tempo. É necessário atmosfera. E eu estar ali para a ouvir.*

[M6, Masculino, ≥ 50 anos, Hematologia]

Embora esta predisposição do médico para ouvir um pedido possa estar relacionada com convicções íntimas sobre o direito à terminação voluntária da vida (que favorecem a recepção de um maior número de pedidos e, inclusive, a participação em práticas subterrâneas de eutanásia e de suicídio medicamente assistido), também pode facilitar um momento inaugural de discussão sobre tal opção e o seu enquadramento num conjunto mais amplo de decisões médicas em fim de vida. A receptividade de um pedido de morte medicamente assistida permite, assim, ampliar essa discussão com o doente sobre as opções de cuidados e facilitar a explicitação do seu apelo.

Segundo Koen Meeussen e col.<sup>203(p1068)</sup>, não é frequente os doentes formularem explícita e repetidamente os pedidos de ajuda médica para morrer. Também no nosso estudo constatámos que os pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido surgem geralmente de uma forma

implícita e subtil, talvez pelo medo da rejeição ou da agressão médica por parte dos próprios doentes. A este respeito, um médico oncologista entrevistado confirma que:

*Os pedidos têm duas formas diferentes de se manifestarem. Ou são pedidos expressos, em que a pessoa diz que não quer continuar a viver (...) e gostaria que eu arranjasse uma solução para que esse desejo fosse possível de concretizar. E a outra maneira de os doentes, no fundo, manifestarem esse apelo e... sugerindo, enfim, não é sugerindo, é afirmando que não têm mais nada a fazer nesta vida, que a sua permanência no mundo dos vivos é uma permanência dolorosa, sem qualquer objetivo, que sabem que eu não posso alterar o curso da doença e, portanto, o que é expectável é que aquilo que não lhes é tolerável se agrave, se venha a tornar mais evidente e que, portanto, gostariam de ter uma solução, gostariam de arranjar uma maneira de não passar por mais sofrimento.*

[M4, Masculino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Oncologia]

## **Subtema I.2: Recepção de Pedidos Implícitos**

No nosso estudo, apenas dois médicos entrevistados (M5 e M8) declararam ter recebido pedidos implícitos de morte medicamente assistida. Ao descreverem as suas experiências com a recepção destes três pedidos implícitos, ambos manifestaram convictamente haver entendimentos tácitos e não-falados sobre a antecipação do fim da vida, tendo ainda intuído que se confrontaram com apelos para praticar a eutanásia e o suicídio medicamente assistido devido à longa relação terapêutica e de amizade que haviam estabelecido com dois doentes e um colega de profissão.

No primeiro caso, um médico oncologista entrevistado (M5) acredita ter recebido um pedido de eutanásia por parte de uma doente de meia-idade com um carcinoma do ovário em fase terminal. A forma como este participante no estudo relata a recepção do pedido é particularmente ilustrativa dos conteúdos não-ditos que inundam os espaços de silêncio na relação terapêutica:

*Pedidos diretos, especificados, não recebi nenhum. Recebi pedidos indiretos. Foi este o único caso! Ela não dizia: 'Mate-me! Dê-me uma coisa para me matar!' Não, nunca disse! Tratava-se de uma senhora com um carcinoma do ovário que sabia exatamente aquilo que se passava, sabia que ia ser o internamento final, e numa fase terminal, em que já não se conseguia alimentar, estava permanentemente com um tubo metido dentro do nariz para drenar o conteúdo gástrico, não estava a ser alimentada, e que me pedia todos os dias que terminasse o sofrimento... Não por estas palavras, mas dizendo que eu sabia aquilo que ela queria e, portanto, que fizesse o possível para cumprir os seus desejos. As palavras eram sempre estas e não havia vontade da doente de especificar para além disto. Era tudo subentendido... A doente queria-me dar a mensagem, todos os dias, e uma única vez por dia, de que a vontade dela continuava a ser a mesma. E para eu fazer aquilo que podia fazer. Ela não repetia isto sistematicamente! Ela, cada vez que me via, dizia isto uma vez! (...) Eu sabia o que ela queria porque era minha doente há 5 anos. Tínhamos falado vagamente no assunto e sabia que ela queria deixar de sofrer. Era tudo dito com uma escassez de palavras, que eu achava que era para se poupar a si mesma. Eu acho que ela não queria chamar as coisas pelo seu nome... Mas queria que eu, com a conversa que tínhamos tido anteriormente e com aquilo que ela me estava a dizer naquele momento, tomasse uma atitude!*

[M5, Masculino, ≥ 50 anos, Oncologia]

O segundo participante neste estudo a receber pedidos implícitos de morte medicamente assistida foi um médico nefrologista (M8), que acredita ter recebido um pedido de eutanásia por parte de um amigo médico da mesma faixa etária, com uma doença neuromuscular grave, assim como um pedido de suicídio medicamente assistido por parte de um doente com insuficiência renal crónica, que acompanhou nas consultas de hemodiálise durante dez anos:

*Foram 2 [pedidos]. Não foram expressos. (...) Ninguém me disse: 'Ajude-me a morrer!' Foram percebidos [como tal], se quiser, pelo conhecimento que eu tinha das próprias pessoas ao longo do tempo. E, portanto, deu para perceber, nas meias-palavras, o que é que me estavam a pedir. Um como amigo, que era médico, e outro como meu doente.*

*Não foi expresso claramente, mas esse eu estaria disposto... um amigo meu, a ajudá-lo a morrer, sendo ativo já que ele não o podia fazer.... tinha uma doença neuromuscular grave, com grandes limitações também, com algum sofrimento. O que lhe dava dor... tinha dor neuropática, portanto, que é uma dor provocada pela própria doença, tipo choque elétrico, se quiser dizer assim. (...) Não foi necessário, mas eu disse-lhe claramente que, se ele decidisse isso, eu o ajudava.*

*Era meu doente crónico no centro de hemodiálise. Vivía comigo há 10 anos. O diagnóstico era diabetes. Uma neuropatia diabética, mas uma diabetes com insuficiência renal. (...) Já estava amputado das duas pernas há mais de um ano. Quando foi amputado de uma perna, ele ainda usava prótese. Depois de ser amputado da segunda perna, ainda usou prótese. Mas, passado algum tempo, pela lesão dos próprios nervos, ele passou a andar de cadeira de rodas. (...) Com a amputação, com a dificuldade da deslocação em cadeira de rodas, com a baixa da visão, estava muito limitado. (...) Ele, na fase final, (...) já tinha uma amputação de uma perna acima da coxa e outra abaixo do joelho. (...) Foi em conversa normal, numa consulta. Lembro-me do gabinete, lembro-me de como é que a conversa começou, lembro-me de começar a falar nas dificuldades físicas, de explicar como é que era, do que tinha feito na vida, (...) agora como é que se estava a sentir. Portanto, ele levou a coisa, de uma maneira indireta, até a um ponto em que eu perguntei-lhe... Aliás, eu penso que a conversa foi: 'Neste momento, o meu maior desespero é sentir que a minha vida não depende de mim, que eu estou na mão de terceiros e que não posso tomar as decisões da minha vida por mim'. (...) Intuí! Acho que não foi mais claro que isso. Ele não me pediu diretamente ajuda. Ele não me pediu para eu o ajudar a morrer. Ele, indiretamente, sugeriu. Eu penso que disse qualquer coisa para perceber se era verdade, nem tenho a certeza disso. E disse-lhe que lhe dava condições para isso, se ele o quisesse fazer. Mas não houve um pedido direto a dizer: 'Se eu me quiser suicidar, ajuda-me?' Não. (...) Não foi tão direta quanto isso. Clara, foi! A prova é que toda a gente se entendeu, mas não foi expressa. (...) Não era um pedido de eutanásia, era um pedido de lhe dar condições para ele se matar, mais do que eu dar-lhe condições... eu matá-lo. Portanto, não exigia um ato pessoal meu direto, exigia só um ato indireto, que era dar-lhe acesso a determinadas medicações que lhe permitiam fazer isso.*

[M8, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

Neste último caso, o médico nefrologista entrevistado sentiu-se compelido a atender ao pedido implícito de suicídio medicamente assistido que o doente lhe dirigiu por reconhecer a sua necessidade de ajuda e recear votá-lo ao abandono. Já anteriormente Susan Block e J. Andrew Billings<sup>4(p2040)</sup> haviam constatado que suicídios mal sucedidos são temidos por incrementarem o sofrimento físico, a vergonha, humilhação e um profundo sentimento de desamparo no doente.

### Subtema I.3: Recepção de Pedidos Explícitos

Com exceção dos casos anteriormente relatados por dois participantes, os restantes sete médicos entrevistados testemunharam a recepção de pedidos explícitos de suicídio medicamente assistido (dois casos de M3) e, sobretudo, de eutanásia. O grau de explicitação destes pedidos foi variável consoante o caso em análise, tendo-se verificado que os pedidos mais claros provocaram maior desconforto emocional nos próprios médicos que os escutaram. A este respeito, atentemos nos testemunhos partilhados por dois participantes neste estudo (M1 e M4), especialmente ilustrativos do desconforto emocional sentido com a recepção de pedidos explícitos de eutanásia:

*Houve um pedido concreto. Um doente mais jovem que (...) me impressionou muito. Porque, efetivamente, já estávamos numa fase de não poder haver mais terapêutica eficaz, de um aumento da dependência... na linha descendente acelerada. O doente pediu-me, manifestou a vontade de não continuar naquele processo. E, isso, de facto, custou-me muito! Custou-me muito! (...) Ele fez um pedido para eutanásia, como é evidente! Ele disse que gostaria que eu o ajudasse! Gostava que eu o pudesse ajudar, naquela fase, a abreviar a vida. Foi basicamente o que ele me disse. Eu ouvi. Eu dei-lhe toda a razão! Porque, se eu tivesse na situação dele, faria exatamente o mesmo! (...) A ideia que eu tenho é que era um tumor com um ponto de partida num quisto dermóide. Um quisto dermóide é uma lesão que se desenvolve a partir de restos de tecido embrionário. Aquilo tende a desenvolver-se na região sagrada, na região do coxix, junto ao ânus. O quisto dermóide, quando não é removido, provoca uma reação de inflamação crónica e, quando essa reação é prolongada, a partir daí cresce um tumor que é muito difícil de tratar e que esse jovem já tinha numa fase relativamente avançada... tinha uma lesão grande, necrosada, que cheirava mal, que estava permanentemente conspurcada com fezes, porque entretanto a lesão foi crescendo, foi ulcerando, foi abrindo os tecidos à volta do sacro e do períneo. (...) A doença progrediu, já tinha metástases. O jovem tinha uma situação completamente insustentável, um buraco naquela região com conspurcação de fezes, dor e um cheiro pavoroso que afastava praticamente toda a gente de ao pé dele. E foi por isso que eu penso que ele fez o pedido. (...) Eu entendo que o doente tem a capacidade de falar disto comigo porque tem alguma confiança e porque achou que eu era a pessoa que o podia ajudar. Provavelmente por causa de uma relação de confiança, falou comigo.*

[M4, Masculino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Oncologia]

*Esse [pedido] é direto! É uma doente com um tumor ginecológico muito avançado, de destruição muito grande dos genitais. Muito, muito, muito, muito deprimida. E pediu-me que terminasse... A gente falámos muito... E ela acusou-me, neste sentido: 'O Doutor não foi capaz, ou não é capaz, de me fazer o meu pedido!' Exatamente, o que me tinha pedido, que tinha sido terminar a vida dela, que já devia ter terminado! E eu continuei sempre a conversar com ela, sempre dentro daquele sentido que é conversar, conversar e tratar, tratar... dentro do possível! Conversei com ela com muita dificuldade nessa altura. Apesar de muita aproximação... Ela calava-se, ela falava pouco... Ela não abre à sua experiência, à sua história de doença. Ela abre muito pouco, diz muito pouco. E ela fez essa acusação. Custou-me muito! Custou-me muito, que eu falava muito com ela, aproximava-me muito dela e ela acusou-me mesmo! Fez-me uma acusação! (...) Senti-me acusado como médico e não consegui. Senti como se tivesse dado uma injeção que lhe tivesse feito mal e ela me dissesse: 'Doutor, estragou a minha vida!' Senti isso... O modo como ela me faz, de facto, essa acusação... Eu registei uma acusação. É como se tivesse noutra posição: ela estava bem e eu estraguei-lhe a vida. Aqui não é o caso, mas o sentimento foi o mesmo para mim!*

[M1, Masculino, ≥ 60 anos, Anestesiologia e Medicina Paliativa]



Por contraste com os dois casos anteriormente relatados, que geraram grande desconforto emocional, os próximos dois casos seguidamente descritos, nos quais um médico-doente com esclerose lateral amiotrófica e um doente com uma recidiva de um tumor da cabeça e pescoço formularam pedidos explícitos de eutanásia, não foram percepcionados como tendo sendo emocionalmente difíceis para ambos os médicos entrevistados (M2 e M9) que os recepcionaram:

*O caso mais notório a mencionar isso foi, aqui, já há muitos anos, de resto, com um médico que estava até afetado precocemente pela doença [esclerose lateral amiotrófica]. Mas que, enfim, era um médico com experiência já e com saber... E, portanto, percebeu rapidamente o que é que o iria esperar. E este médico, então sim, numa fase relativamente precoce e, nesta fase, ainda sozinho interpelou-me nesse sentido. Ele queria, de facto, combinar uma infusão de morfina, ou de outro fármaco, mas morfina penso que era o que ele já pretendia na altura, para abreviar a vida. Eu não sei exatamente se o procedimento que ele queria... Porque, como digo, não houve nenhuma negociação. Se seria eu a administrar ou, pelo menos, estar presente perante a administração... Não sei exatamente o que é que ele queria, como digo, porque não foi negociado em detalhe. Mas queria que eu participasse, eu diria, ativamente, sim! Agora, se o ativamente incluiria mais do que estar presente e para solucionar alguma situação aguda, não sei. O médico foi o caso racional, puro! Eu percebi que ele estava, de facto, com a decisão estabelecida. Meditou, pensou, decidiu! Eu percebi que ele queria, de facto, resolver esse problema, queria abreviar a sua vida, que a sua decisão estava tomada, que eu... Enfim, falei com ele, naturalmente. Mas que não iria conseguir convencê-lo do contrário, não é? E não me parecia que estivesse minimamente flexível para mudar de posição. Isso pareceu-me bastante claro!*

[M9, Masculino, ≥ 50 anos, Neurologia]

*Era um senhor que a equipa acompanhou desde o momento do diagnóstico, (...) que era uma recidiva de um tumor da cabeça e pescoço. Mas ele, depois, não quis vir a mais consultas. O senhor foi para casa com a filha e, aparentemente, quando chegou a casa foi à cozinha, ou estava na cozinha, pegou numa faca e fez a intenção de cortar os pulsos. A filha conseguiu controlá-lo... E telefonou para aqui assustadíssima. Pronto, nós mandámo-lo vir no dia a seguir. Ele aceitou vir e, mais uma vez, estivemos todas [todos os membros da equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos] a conversar com ele... E explicámos-lhe que, às vezes, quando estamos tristes e quando estamos desiludidos, as pessoas têm esse desejo, mas que havia muitas outras coisas, de certeza, que eram importantes para ele. Mas, nada! Não conseguimos encontrar nada que o fizesse mudar de ideias! E, então, aí ele disse que se queria matar... E pediu ajuda para morrer. E o senhor dizia que, se não o ajudassem, tratava ele do assunto.*

[M2, Feminino, ≤ 40 anos, Medicina Interna e Paliativa]

Independentemente do nível de desconforto emocional implicado na receção de pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido, observámos que a maioria dos participantes no nosso estudo recebeu mais do que um pedido de ajuda médica para morrer. Os três médicos (M3, M6 e M7) que recepcionaram um maior número de pedidos de morte medicamente assistida são especialistas em Hematologia (com dez pedidos de eutanásia), Nefrologia (com quatro pedidos de eutanásia) e Medicina Interna (com dois pedidos de suicídio medicamente assistido e com um

pedido de eutanásia). Tal como veremos, de seguida, os seus testemunhos ilustram cada um dos apelos de ajuda médica para morrer com os quais foram confrontados ao longo da prática clínica.

*São pedidos de eutanásia. Posso-lhe mesmo dizer que nunca tive nenhum pedido de suicídio medicamente assistido. Pedidos de eutanásia, sim. (...) Eu, na minha vida de clínico... na minha carreira toda devo ter para aí 10 ou 12 casos. Não tenho mais. Para aí 10, tenho!*

[M6, Masculino, ≥ 50 anos, Hematologia]

*Foram 4 pedidos! 1 de Oncologia, 1 de Neurologia e 2 de Nefrologia.*

*O primeiro foi uma grande amiga minha de infância que tinha um cancro pulmonar. (...) Isto vão lá... para aí [ $> 15$ ] anos! (...) Ela tinha uma neoplasia do pulmão, começou a fazer o tratamento... Aliás, fui eu que lhe diagnostiquei o cancro do pulmão, porque ela vinha com uma radiografia, com uma tosse já de muito tempo e vinha com o diagnóstico radiológico de pneumonia em fase de uma situação crónica. A gente olhava para aquilo e era um disparate! Portanto, confirmou-se que era um cancro, começou-se a fazer o tratamento, mas aquilo evoluiu de uma forma rápida e, de tal forma, que começou a ter metástases, inclusivamente, cerebrais. Aí ela expressou-me a intenção de querer morrer para não passar pelas complicações óbvias que daí resultariam. Mas estava perfeitamente lúcida e consciente! Foi o primeiro... Foi, talvez, o mais complicado. Não sei se foi... Foram todos complicados!*

*O segundo caso foi o meu melhor amigo que tinha uma esclerose em placas e era médico. Um tipo bonitão, (...) engatado, com uma vida bestial, muito ativo! Esclerose em placas... Aquilo foi-se agravando, passou a andar de cadeira de rodas, depois começou com complicações também dos membros inferiores, com arteriosclerose. Teve que ser amputado! E, depois, ao mesmo tempo, os membros superiores... Foi o direito, que ficou completamente imobilizado, paralisado. O esquerdo com grande dificuldade em usar, mesmo para comer. E com um sofrimento atroz! E, pronto, também me expressou essa vontade. Um dia, já ele estava com uma situação muito avançada, no carro... Quando íamos para qualquer lado era eu que o levava e trazia. Porque éramos, de facto, muito unidos. E um dia... Ele já tinha tido conhecimento que eu já tinha praticado a eutanásia na outra senhora, na outra amiga...: ‘Preciso de morrer, não aguento mais esta coisa, não te vou pedir a ti, porque senão qualquer dia és conhecido pelo...’ (risos) ‘Pronto, se não me pedes a mim, ainda bem!’, pensei eu. (...) A certa altura: ‘Desculpa lá, tens que ser tu.’ (...) Logo passados 2 ou 3 meses, disse: ‘Tens que ser tu!’ Não encontrou mais ninguém...*

*Os casos da Nefrologia... É um doente de que eu já te falei. Diabético, amputado... amputado... Dois! Dois pela raiz! Pela raiz! (...) Tinha que se pôr na cadeira, deixá-lo encostar-se para não cair! Aquilo era uma coisa assombrosa! (...) Dois membros inferiores pela raiz, o antebraço direito e (...) dois dedos da outra mão... à espera de precisar, também, de amputação. Tudo isto com insuficiência renal crónica, em hemodiálise, uma diabetes muito difícil de controlar. Depois com as infeções todas que esta porcaria envolve, com dificuldade de acessos vasculares, porque ele não tinha veias – como é evidente! – acessíveis. Era sempre com cateteres, mas depois o cateter infetava... (...) Aquilo era uma vida horrorosa! De maneira que ele expressou-me também a intenção. (...) O último caso também foi um doente em hemodiálise. É mais ou menos parecido com o primeiro, porque este tinha também um cancro do pulmão. Este foi o último. Este já foi há [ $> 5$ ] anos. Uma neoplasia do pulmão, em hemodiálise, aquilo continuou a evoluir... Metástases por todos os lados, começou com muita dispneia, com muita falta de ar e aquilo não fazia prever nada de bom! E expressou-me também a vontade. E foi mais ou menos a mesma coisa.*

[M7, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

*Eu lembro-me muito bem de 3 [pedidos]!*

*Durante a minha formação de Infeciologia... Consultas de doentes com sida, uma doença muito estigmatizada. Por duas vezes apareceram-me pessoas que se queriam matar e que queriam assistência no suicídio porque tinham Sida. (...) Um homem que pediu o suicídio. Ficou a saber que era HIV positivo, nem sequer tinha ainda qualquer infeção ou qualquer situação oportunista que permitisse dizer que ele estava em Sida. Mas tinha uma situação terrível que era: ele não tinha, de modo nenhum, coragem de dizer à mulher e mais à outra parceira e aos filhos. E tudo isso e esse medo de encarar a situação familiar e a certeza de que iria ser uma ruína em termos de trabalho, o conhecimento dessa doença que, naquela altura, muito dificilmente era disfarçável, porque não havia a terapêutica que há agora. Portanto, rapidamente as pessoas passavam a ter sinais e sintomas que eram muito óbvios para a sociedade. Esse doente, então, preferia realmente o suicídio. (...) Ele pediu-me para o ajudar a suicidar-se. Queria morrer. Não queria continuar a viver. Não queria enfrentar o que vinha por aí em termos de doença e não tinha coragem de receber o castigo, como ele dizia, por parte da família e da sociedade. Considerava que a doença era um castigo pelos seus maus comportamentos sexuais e não tinha coragem para os enfrentar. E, portanto, achava preferível morrer e pediu-me declaradamente numa consulta: 'Doutora, eu quero suicidar-me. Não sei como é que hei de fazer, não tenho coragem para me atirar para debaixo de um comboio, tem que me ajudar!'. (...) O [segundo] doente teve uma complicação muito rápida e rapidamente faleceu. Não durou um mês. Mas foi exatamente nos mesmos termos e pelos mesmos motivos: não querer dizer à família. Esse tinha mais o estigma de ser homossexual. Então, não queria mesmo que a família soubesse não só que ele tinha Sida como que ele era homossexual. Ele não tinha um parceiro, tinha uma data deles!*

*A última é o caso de uma colega [médica] que faleceu o ano passado, na sequência de uma neoplasia da mama. (...) Uma mulher [—] que (...) teve um percurso de vida de grande lutadora! Portanto, veio-se embora quando, no país dela, não dava para sobreviver. Veio para aqui, fez de tudo para conseguir exercer a sua profissão. Lá conseguiu começar a exercer... E apaixonou-se e teve um filho que, quando ela morreu, tinha [—] [ $< 20$ ] anos. Portanto, numa altura em que ela finalmente estava com a vida equilibrada... porque já conseguia ter a sua casa, já conseguia educar o seu filho, sem depender muito do pai do miúdo, que entretanto se tinha afastado, aparece-lhe o tumor da mama, que tinha aparecido um ano antes e que nunca correu bem, nem a cirurgia nem a quimioterapia. Foi uma coisa extremamente agressiva. Esta rapariga manteve-se sempre a trabalhar, a fazer uma vida absolutamente normal. Ela, no dia em que foi internada, tivemos quase que a obrigar a ser internada, porque nós víamos que ela estava com dificuldade respiratória. Deixou fazer exames, eu vi os exames e mostrei-lhos. Disse-lhe: 'Os teus pulmões já não aguentam, isto está mesmo muito mal!' 'Mas eu não estou cansada!' E arfava, arfava, arfava! Portanto, numa negação até ao fim da realidade da situação. Quando finalmente se convenceu, perante o exame, virou-se para mim com um ar extremamente duro – ela era uma fofinha! –, com um ar extremamente duro: 'Espero que cumpras o teu dever, eu não quero que isto passe de hoje! Conto contigo para que isto não passe de hoje! Estás a ouvir?' E eu disse: 'A gente já conversa, vai deitar-te, pôr oxigénio, também estás com falta de oxigénio nessa cabeça, a gente já conversa!' (...) Depois, quando entrámos para começar uma sedação, ela voltou a insistir: 'Não te esqueças do que eu te disse! Eu conto contigo para isto não passar de hoje!'.*

[M3, Feminino,  $\geq 60$  anos, Medicina Interna e Intensiva]

Após a vasta descrição sobre a receção dos pedidos de morte medicamente assistida que os doentes infecciosos, oncológicos, neurológicos e renais formularam, prosseguimos a análise sobre como os entrevistados interpretaram e exploraram tais apelos de ajuda médica para morrer.

### **5.7.2. Tema II – Interpretar e Explorar os Significados dos Pedidos de Morte Medicamente Assistida**

O segundo tema que emergiu da análise das entrevistas reporta-se à interpretação e à exploração médica dos múltiplos significados que os doentes depositaram nos seus pedidos de morte medicamente assistida. Embora alguns dos participantes não tenham manifestado interesse nem capacidade para desvendar as motivações pelas quais os doentes solicitaram ajuda médica para morrer (devido à falta de tempo e ao receio de infligir mais sofrimento nos últimos dias de vida), a maioria dos médicos no nosso estudo procurou, junto dos doentes, decifrar o que é que estes últimos lhes queriam realmente dizer com os pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido. Perante a audição dos apelos, os participantes iniciaram um processo de interpretação e exploração dos significados inerentes à sua formulação, segundo o qual procuraram identificar e satisfazer necessidades de cuidados que não tivessem sido previamente detetadas. Comparável a um trabalho de detetive, este processo de interpretação e exploração médicas de tais pedidos foi bastante diverso entre os entrevistados. Todos os médicos participantes neste estudo relataram a existência de múltiplos significados subjacentes à vontade dos doentes para terminar a vida com o seu auxílio. Em virtude desta multiplicidade de fatores que motivaram a realização de pedidos, os médicos entrevistados penderam entre a possibilidade de resolver problemas relacionados com o controlo sintomático e a impossibilidade de debelar aspetos mais enigmáticos que não têm resposta na perícia técnica e levantam um questionamento ontológico sobre o sentido da vida.

Por um lado, os esforços interpretativos encetados pelos participantes no estudo, aquando da recepção dos pedidos de morte medicamente assistido, permitiu-nos identificar três subtemas intrincados entre si: pedidos como manifestação de sofrimento existencial e sofrimento altruísta (em prol de pessoas significativas: os filhos); pedidos por racionalização da situação clínica e por ausência de esperança; pedidos devido à perda de autonomia e diminuição da qualidade de vida; e pedidos devido à degradação física. Por outro lado, este trabalho de exploração dos múltiplos significados inerentes aos pedidos tornou ainda possível identificar diferentes estratégias que os médicos encontraram para examinarem tais apelos e que constituem mais três subtemas: a evasão aos pedidos; a inaptidão para lidar com os pedidos; e a escalpelização dos pedidos. Durante esta fase, as reações emocionais dos médicos que evitaram e se distanciaram, tentaram sem sucesso e, por contraste, se aproximaram dos pedidos indicaram a sua frustração, impotência e compaixão.

## **Subtema II.1: Interpretação dos Pedidos como uma Manifestação de Sofrimento Existencial e Sofrimento Altruísta**

Em diferentes entrevistas, dois participantes neste estudo (M1 e M3) consideraram que, num caso, o sofrimento existencial de uma doente com tumor ginecológico em estado avançado e, noutro caso, o sofrimento altruísta em relação ao filho de uma médica-doente com neoplasia da mama e metastização pulmonar, constituíram os principais motivos inerentes aos seus pedidos de eutanásia. Debrucemo-nos, agora, sobre os testemunhos dos próprios médicos entrevistados que interpretaram tais *pedidos-ordens* como manifestações de sofrimento intrínseco e extrínseco:

*O pedido de morte antecipada era um pedido de ajuda! Foi um pedido muito, muito, muito claro... muito, muito, muito rijo! É quase como uma ordem! É um pedido ordem! (...) Eu penso que foram razões existenciais, de sofrimento existencial, provavelmente provocado pela doença. A doença, na sua localização e no que teria acontecido durante o tempo da doença. Experiências sexuais, não sei... Provavelmente experiências muito dramáticas que ela terá tido, não sei... Eu penso que ela pede o fim da vida..., para ela não tem sentido, não tem por experiências, pela doença, pelo sofrimento que tem... muito intenso! É de um sofrimento muito intenso! E, talvez, porque estivesse deprimida. (...) Ela era muito reservada... estava numa situação de enquistamento. O sofrimento dela ficou rijo! (...) Ela deve ter tido uma experiência muito difícil! E este sofrimento dentro dela ficou como uma estrutura rija... que não mexe... em que não se entra... que não abrande...*

[M1, Masculino, ≥ 60 anos, Anestesiologia e Medicina Paliativa]

*Um pedido de eutanásia é um pedido de socorro! As pessoas não estão a pedir para morrer. As pessoas não querem morrer. (...) São pedidos de socorro! 'Ajuda-me, de alguma maneira!' São pessoas que não querem morrer, mas que querem ajuda e não sabem pedi-la! Porque, se soubessem, diziam exatamente o que é que querem! (...) No caso desta mulher, foi nitidamente... Já não aguentava mais, porque até nós [colegas médicos] dizíamos: 'Não podes trabalhar a arfar dessa maneira! Quer dizer: Parou! Acabou! Vais-te tratar agora, vais sossegar (...) e descansar! Não estás capaz de fazer uma vida normal!' Então, se não está capaz de lutar, que foi o que ela fez a vida toda! Tinha uma vida de luta... Então, era para acabar rapidamente! (...) Esta foi muito impressionante! Muito nova, muito gira, muito boa médica, muito lutadora... Trabalhava que se desunhava para se sustentar a ela e ao filho. E não tinha ajudas de mais ninguém. Estava cá sozinha com o miúdo. Muito sozinha! Não tinha família. Não tinha ninguém. Só tinha o filho. Portanto, se não conseguia viver mais, queria acabar rapidamente, naquele dia! Não queria durar mais! (...) Ela queria mesmo acabar! Já chegou ao fim... as capacidades dela. Ela tinha a noção de que dali era só a morte. Então não queria demorar muito tempo até morrer! Porque achava que era um disparate! Achava que era desnecessário, que era um sofrimento para todos os que a rodeavam, sobretudo para o filho. (...) Uma pessoa, que está a dormir, porque é que se interessa que morra hoje ou daqui a quatro dias? Pelo filho! A motivação dela foi o filho! Não queria que o rapaz sofresse a espera. Que é o pior que há! É estarmos à espera que um ente querido morra. E ela não queria que o rapaz passasse por esse sofrimento. É a única explicação! Não era um pedido egoísta, que não queria sofrer nem mais meia-hora! Ela mesmo dizia: 'Quero despachar isto! Despacha-me isto! Despacha-me isto!' Assim... direta e autoritária! Ela estava a ser autoritária comigo! Estava a mandar! Estava a dar-me uma ordem!*

[M3, Feminino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Intensiva]

As vozes anteriores dos médicos entrevistados reproduzem uma imagem de desintegração das duas doentes que lhes pediram ajuda médica para morrer devido ao sofrimento experienciado em relação a si mesmas (sofrimento existencial) e aos seus espetadores significativos (sofrimento altruísta). A respeito do sofrimento altruísta que está na origem de alguns apelos, Susan Block e J. Andrew Billings<sup>4</sup> já haviam referido que, por vezes, os doentes terminais solicitam a antecipação da morte para proteger os ente queridos e, ainda, que essa blindagem perante o sofrimento é perpetrada pelos doentes que solicitam ajuda médica para morrer com a intenção de reduzirem para o mínimo o nível de exposição das suas pessoas significativas ao sofrimento e a sacrifícios emocionais que consideravam serem inúteis e desnecessários. Por seu turno, no que respeita ao sofrimento existencial, Eric Cassell<sup>24,170</sup> elucida-nos que desintegração individual é uma componente nuclear do sofrimento, envolvendo não apenas essa sensação de destruição iminente da integridade da pessoa, mas também perdas cumulativas, sintomas físicos por aliviar, ausência de esperança num futuro melhor, entre outros sinais que podem contribuir para o desejo de antecipar a morte e para a efetiva formulação dos pedidos de morte medicamente assistida.

Embora os sintomas físicos (tais como: dor, delírio, fraqueza, náuseas, perda de peso e de apetite) sejam eficazmente aliviáveis com recurso aos Cuidados Paliativos, este estudo confirma que os pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido raramente são desencadeados por controlo sintomático inadequado. Ao invés disso, os relatos dos participantes evidenciaram que os apelos de ajuda médica para morrer resultam de uma combinação de fatores identificados por Timothy Quill<sup>1</sup> e outros autores<sup>2,14-15,27,36</sup>, entre os quais: o sofrimento causado pela doença, a perda de sentido no tempo de vida remanescente e preparação para morrer. Visto que a disrupção identitária é uma componente constitutiva do sofrimento humano, o desafio dos profissionais que recebem pedidos de ajuda para morrer é, justamente, saber como combater tais manifestações de sofrimento que estão na origem dos apelos. Em consonância com os deste estudo, os resultados do estudo de Kohlwes e col.<sup>200(pp660-662)</sup> revelaram que os médicos entrevistados acreditavam que a causa mais comum para os pedidos persistentes de suicídio medicamente assistido que receberam foi o sofrimento existencial, manifestado pelos doentes na modificação da autoimagem e na convicção de que as suas vidas biográficas estavam terminadas. O estudo comprovou, ainda, a dificuldade médica em lidar com pedidos de ajuda ao suicídio motivados por sofrimento existencial. Os entrevistados sentiram-se desconfortáveis com a dimensão não-física do sofrimento, excetuando os adoptantes de abordagens empáticas e centradas no doente.

## Subtema II.2: Interpretação dos Pedidos por Racionalização da Situação Clínica e por Ausência de Esperança

A ausência de esperança por um futuro preenchido com algo mais do que dor, sofrimento e desintegração pessoal constitui o segundo motivo pelo qual outros dois médicos entrevistados (M6 e M9) acreditaram ter sido confrontados com pedidos de eutanásia, por parte de uma doente em fase avançada de um mieloma múltiplo e de um médico com esclerose lateral amiotrófica ainda numa fase precoce desta doença neurológica degenerativa. Em ambos os casos, os médicos entrevistados interpretaram os pedidos de eutanásia como um resultado do insucesso terapêutico e, do ponto de vista dos próprios doentes que os formularam, como estando relacionados com a racionalização da situação clínica no momento presente e vislumbrando a sua progressão futura, com a rejeição antecipada de vir a constituir um encargo para os familiares e com a imposição de um limite para tolerar o período de espera por uma morte pré-anunciada a breve trecho.

*É obviamente fracasso! (...) Não vão ser os sucessos que me vão pedir isso. É uma medida do meu insucesso! (...) Nós explicámos completamente que já tínhamos feito tudo aquilo que vem nos cardápios e mais duas vezes. Não tínhamos mais nada a oferecer rigorosamente em termos de terapêutica curativa. A certa altura, percebeu: 'Isto já não tem saída nenhuma...' Ela estava internada! Foi a casa e resolveu a questão que a atormentava, porque ela queria garantir que o filho, depois da morte dela, ficava a viver com a irmã dela e não com o pai. E isso ficando resolvido... Voltou cá e decidiu que já não queria ir a casa. Não queria morrer em casa, porque os apoios que ela tinha também não eram muitos. A mãe já era um bocado velhota... Ela achava que iria ser um encargo muito grande. Não queria morrer ao pé do filho, nitidamente. Parte tem a ver com a proteção do filho, ou seja, ela não queria que o filho visse a sua degradação. (...) Do filho já se tinha despedido, já estava o assunto resolvido... encerrado na cabeça dela. (...) A partir do momento em que resolveu, as questões estão resolvidas! (...) Estamos a falar das despedidas! (...) Essencialmente, ela despediu-se! Ela despediu-se do filho, despediu-se dos amigos, organizou um jantar em casa... Quer dizer... preparou a sua saída da vida. (...) Todos os projetos que ela tinha feito estavam concluídos. 'De modo que, agora, quero morrer! Senhor Doutor, agora vou precisar da sua ajuda... Não quero ficar aqui à espera!' Porque, no fundo, ela estava à espera era da morte, que um dia lhe entrasse pela porta do quarto... E nunca sabia quando é que 'a outra' entrava! 'Será que é hoje? Será que é amanhã? Será que é para a semana?' Era o tédio da espera da morte que ela não queria suportar. Ela, por ela, já tinha morrido. Pura e simplesmente queria morrer. Aquela coisa que a esperança é a última a morrer, ela morreu muito antes da esperança! É uma morte completamente racional... (silêncio) Ela morreu! Ela morreu, mas estava viva! É esta, a divergência... Ela acha que já morreu. Já se despediu e tal... 'Adeus, vou-me embora! Não tenho esperança.' Morreu a esperança! Quebrou a vida de relação. Despediu-se das pessoas. 'Agora estou à espera...' Esperar pela morte é uma coisa horrível! (...) Uma pessoa entrava no quarto e estava ali aquela opressão... (...) Aquela sombra... Aquela 'pança de burro', que é aquela nuvem que existe em cima da ilha das Canárias. Em Las Palmas há lá sempre uma nuvem cinzenta enorme, que nunca deixa o sol brilhar sobre Las Palmas. (...) Sempre aquele ambiente de estarmos a velar o vivo... (...) Era ela a velar-se a si própria... (...) No fundo, o que é que eu ia lá fazer todos os dias? A plantação já tinha morrido...*

[M6, Masculino, ≥ 50 anos, Hematologia]

*São pessoas que sabem que vão evoluir, já perceberam, têm um insight da situação. Ou mais racional, numa fase mais precoce – que é raro, muito raro, como se vê... – ou numa fase um bocadinho mais terminal, que também não é frequente, mas pronto... Mas é hopeless! Não têm esperança! Ele era médico... Um indivíduo racional, sem esperança, a vida já não lhe dizia muito, com esta doença, se calhar, ainda menos... Racionalizou! Ele sabia que ela [a doença] ia progredir, que ia ficar incapacitado e não queria atravessar esses momentos de sofrimento. Queria antecipar! Já não me lembro exatamente das palavras que usou, mas presumo que usou palavras mais técnicas, dizendo que conhecia o que é que a doença iria ter como consequência e que seria a completa imobilidade e a falência respiratória. E, portanto, que não queria atingir... Não estava a ver, para ele, este fim. E queria abreviar a vida para não chegar a esse ponto de total dependência. Porque são pessoas que, às tantas, ficam acamadas e, portanto, exigem que alguém da família tome conta deles. E, portanto, consideram que podem ser um grande peso familiar em termos dos cuidados que exigem, que já têm alguma idade, que já viveram e estão desconfortáveis. Esta doença [esclerose lateral amiotrófica], pela imobilidade, causa dores chatas, às vezes difíceis de debelar. Muitas pessoas têm uma sialorreia muito abundante, salivam muito pela dificuldade de deglutir a saliva, o que também, sob o ponto de vista social e de autoimagem, é muito mau. As pessoas, às vezes, não toleram essa imagem de si próprios. E, perante este quadro em que não se sentem minimamente confortáveis, põem esse problema.*

[M9, Masculino, ≥ 50 anos, Neurologia]

Através dos relatos anteriores, tornou-se evidente que o “problema” sobre o qual nos falou o médico neurologista reside na dimensão holística do sofrimento (psicológico, emocional, social, espiritual e, em última instância, existencial). Embora fosse mais fácil resolvê-lo se os pedidos de morte medicamente assistida só camuflassem sintomas físicos que são aliviáveis com recurso a analgesia, a dificuldade persiste porque a integridade do ‘Eu’ é ameaçada pela doença. Tal como interpretaram os nossos entrevistados, quando na génese dos pedidos de ajuda médica para morrer estão diversos motivos associados à racionalização da situação clínica, à ausência de esperança no futuro, à intolerância perante uma condição de dependência galopante, ao receio dos doentes serem ou se tornarem uma peso ou sobrecarga para a família, tal “problema” adquire uma amplitude imensa e coloca desafios supremos aos próprios profissionais que o enfrentam.

### **Subtema II.3: Interpretação dos Pedidos devido à Perda de Autonomia e à Diminuição da Qualidade de Vida**

Para além dos vários motivos que referimos acima, os médicos que participaram no nosso estudo também acreditam ter recebido pedidos de assistência ao suicídio (M8) e eutanásia (M2 e M7) porque os doentes neurológicos e oncológicos que os formularam já não mais toleravam a perda da sua autonomia, a redução substancial das suas capacidades físicas nem uma diminuição acentuada da qualidade de vida. A perda de autonomia, o aumento da dependência e, no caso do



doente que formulou um pedido de suicídio medicamente assistido ao médico nefrologista (M8), a necessidade de recuperar controlo sobre todas as decisões da sua vida, constituem os principais motivos pelos quais três entrevistados acreditam que os seus doentes lhes dirigiram os pedidos de morte medicamente assistida. Assim sendo, atentemo-nos seguidamente nos seus testemunhos.

*De qualquer um deles [do médico-doente com uma doença neuromuscular grave e do doente com insuficiência renal crónica] era a qualidade de vida! Até que ponto é que vale a pena viver quando já não se tem o mínimo de qualidade de vida e se está a representar, cada vez mais, uma sobrecarga a família? (...) Em relação ao doente [com insuficiência renal crónica], a posição em que se pôs era que ele sempre tinha sido capaz de tomar as decisões da sua vida e de escolher os caminhos e de decidir o que é que queria fazer e como é que o ia fazer. O ter sido sempre autónomo e, a partir daquele momento, ele estar dependente e não ser autónomo e não poder tomar as decisões que queria sobre a sua vida. Se queria continuar vivo ou não! Ele queria ter na mão o seu destino, quer dizer, tomar as decisões! Nas condições de dependência física em que estava, já não tinha essa capacidade. Amputado, quase cego, portanto, com grandes limitações de autonomia. Ele queria continuar a ser independente. Poder decidir a sua vida face à qualidade de vida, face ao sofrimento, ao valer a pena viver, ou não, e ao estar a sobrecarregar a família. Não havia depressão aqui! Não era um homem depressivo, não era uma decisão tomada num contexto de depressão. Estava perfeitamente lúcido!*

[M8, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

*Em termos de qualidade de vida... Era um sofrimento brutal, não só físico, mas sobretudo psicológico. Ele [médico-doente com esclerose em placas] era uma pessoa que gostava de convívio social, tinha sempre a casa cheia de gente e tudo isso foi desaparecendo... Era um tipo que intervinha muito, mesmo na atividade [—], em termos associativos, e que depois se viu impossibilitado e quase que esquecido. E ele não suportou aquilo! Era um bonitão antes e estava ali amputado, impotente... (...) Não aguentava aquela situação! A sua imagem, a modificação que tinha operado a sua vida, o seu isolamento e, ao mesmo tempo, algum sofrimento físico... (...) A modificação da imagem que ele tinha de si próprio, a mudança completa do estilo de vida e de convivência que ele tinha. O isolamento... O sofrimento que ia aumentando, quer em termos psicológicos – como é evidente! –, como até em termos físicos! Para além de temer, obviamente, morrer em asfixia! (...) O risco de pneumonias, que ele teve várias... Ele tinha tido várias infeções respiratórias! (...) Ele teve várias! E esteve várias vezes internado! Aliás, numa das vezes, precisou de ser ventilado e eu revoltei-me com o médico: ‘Tu estás a ventilar um gajo que quer morrer?’ Porque toda a gente sabia! Ele já tinha anunciado que pretendia morrer! (...) Ele não tinha muitas dores... depois de ser amputado praticamente não tinha dores. A incapacidade de ser ele, completamente dependente dos outros! Ele não suportava aquilo! A incapacidade de ultrapassar isso e sabendo, de antemão, que aquilo não tinha um fim... sem ser a morte, não é? Era o sofrimento psicológico! A existência! Estava farto de viver... Não queria viver assim!*

[M7, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

*Aquilo que ele [doente com uma recidiva de um tumor da cabeça e pescoço] nos apontava como efeitos negativos era o estado em que estava: realmente emagrecido, realmente sem capacidade para ter autonomia para se levantar... Explicámos que era possível fazer fisioterapia para melhorar a parte muscular... E ele disse que estava cansado e que estava farto e que, realmente, nada fazia sentido para ele, que não queria continuar assim... A falta de sentido, a falta de perspetiva... O não querer viver assim.*

[M2, Feminino, ≤ 40 anos, Medicina Interna e Paliativa]

Tal como foi visto pelos olhos dos médicos que entrevistámos, também segundo o olhar dos que foram entrevistados por Linda Ganzini e col.<sup>201(p389)</sup>, existem pedidos de ajuda médica ao suicídio e, no nosso estudo, de eutanásia, que são motivados pelo elevado valor que os doentes depositam na necessidade de permanecerem em controlo sobre as decisões relativas às suas vidas e de restituírem, tanto quanto possível, a sua independência e autonomia com, por um lado, a obtenção da prescrição e a auto-administração de fármacos letais ou, por outro lado, com a requisição da sua hetero-administração para cessarem um sofrimento que se tornou insuportável.

#### **Subtema II.4: Interpretação dos Pedidos devido à Degradação Física**

O último motivo percepcionado pelos entrevistados para os doentes lhes terem dirigido pedidos de morte medicamente assistida diz respeito à enorme degradação física que acompanha a evolução de doenças crónicas incuráveis, avançadas e progressivas. A título exemplificativo, relatamos o testemunho de um médico oncologista (M4) que remeteu para a degradação física a origem do pedido de eutanásia formulado por um jovem doente com um tumor no ânus:

*Eu recordo-me que era um doente que tinha um tumor da região do ânus. Como cresceu muito, aquilo ficou um buraco aberto e o doente tinha um sofrimento atroz de cada vez que se fazia alguma coisa. E aquilo estava permanentemente conspurcado com fezes e, portanto, era uma situação de tal maneira degradante que o doente não queria continuar a viver. (...) Era a degradação do estado e a irreversibilidade dessa degradação. Da sua própria degradação! Era, basicamente, aquilo que o apoquentava. Basicamente, esse é o ponto universal.*

[M4, Masculino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Oncologia]

#### **Subtema II.5: Exploração Evitada: Evasão aos Pedidos**

Aquando da recepção dos pedidos de morte medicamente assistida, verificámos que três participantes no estudo (M4, M5, M9) optaram deliberadamente por não explorar os significados dos apelos que lhes tinham sido dirigidos. Ao invés de procurarem clarificar o que é que estava por detrás dos pedidos de ajuda médica para morrer, os três médicos não se demoraram mais do que breves instantes na exploração dos seus significados nem aprofundaram a discussão sobre os pressupostos dessa interpelação para auxiliarem os doentes a colocarem um fim à sua existência. Esta atitude evasiva (e ambivalente só no caso de M4) foi justificada pelos próprios participantes com a possibilidade de infligirem mais sofrimento nos doentes e com o enquadramento ético-

legal vigente em Portugal, que proíbe o envolvimento dos médicos na prática da eutanásia e na assistência ao suicídio. Com efeito, repousemos na leitura dos relatos que testemunham a evasão aos pedidos de eutanásia com os quais um neurologista e dois oncologistas foram confrontados:

*Eu não escalpelizo muito a coisa porque, de facto, não avanço... Não desenvolvo o tema, porque considero que isso não é negociável, que é um assunto que não é contemplável, uma vez que isso está fora do âmbito legal. Expliquei que não ia ultrapassar as minhas limitações deontológicas e de regra deontológica e de legislação. E isso é assim que manifesto! Mudo a conversa para outro ponto qualquer e as pessoas acabam aceitando, porque percebem que não tem sentido a insistência. O que é bom! (...) O problema é o seguinte: não vale a pena a gente estar a mastigar com um doente outras razões, quando há uma razão que elimina liminarmente o problema! A menos que você lhe queira causar mais sofrimento na discussão. Não vale a pena! É criar sofrimento onde não há... Ainda! Há algum, mas não há ao nível de estarmos a discutir detalhes. Não faz sentido! É perda de tempo! E é sofrimento para o doente! Não tenho nenhuma razão para estar a entrar nesses detalhes se o assunto fica logo arrumado à partida. (...) Não vale a pena destilarmos todas as essências desse problema, porque a decisão é linear. E, portanto, não há discussão sobre o tema! (...) Mas eu compreendo as pessoas e partilho com elas o sofrimento! Não é uma falta de empatia! É simplesmente compreender que este é um caminho que não vale a pena sequer dissecar junto do doente e, portanto, vamos ver que alternativas é que temos.*

[M9, Masculino, ≥ 50 anos, Neurologia]

*Senti que a doente estava a falar por meias palavras, porque era a continuação de uma conversa anterior que nós já tínhamos tido. E, nessa altura, estarmos a ter conversas específicas sobre uma doente cujo único pensamento é, há muito tempo, o momento da morte é estar a infligir mais sofrimento do que aquele que já está a ser infligido. O que aconteceu de especial nesta doente é que ela foi insistente na verbalização. E há outra coisa que é importante! É que, muito provavelmente, os doentes nestas circunstâncias acabam por verbalizar isto, mas não ao médico! O que teve esta doente de particular é que me verbalizou a mim! ... Para morrer.*

[M5, Masculino, ≥ 50 anos, Oncologia]

*Ele manifesta expressamente a vontade de eu o ajudar a pôr termo à vida. E eu explico-lhe imediatamente que não posso fazê-lo. Não posso fazer isso! Há um código deontológico e uma legislação em Portugal que não permitem suicídio medicamente assistido ou eutanásia. (...) Em Portugal, eu estou proibido pelo meu código deontológico de cometer qualquer ato que se possa considerar um ato de eutanásia. (...) O que eu disse ao doente foi que era impossível! Eu não lhe dei muitas razões... Expliquei-lhe que não temos um quadro nem legal nem na minha profissão... A minha profissão tem regras que não me permitem satisfazer esse pedido. Tivemos que explicar às pessoas que nós estamos impedidos pelo nosso código deontológico e pela lei portuguesa de executar atos dessa natureza. Nós não podemos fazer eutanásia! É tão simples como isso! E não há mais conversas! (...) Perante um pedido desses, eu tenho obrigação de perceber exatamente o que é que está na génese desse pedido, o que é que leva aquela pessoa a fazer aquele pedido. Para ver se eu o posso ajudar! Não cometendo ou ajudando-o a cometer uma eutanásia, mas ajudando-o a superar o sofrimento que possa, eventualmente, estar a induzi-lo a fazer o pedido. (...) Tenho que perceber se há alguma coisa que eu possa corrigir, onde possa intervir para que o doente diminua o sofrimento e retorne a uma situação de equilíbrio... Tanto quanto possível! Se alguém me diz: 'Eu quero pôr termo à vida, isto para mim não é vida!' porque há um conjunto de circunstâncias potencialmente reversíveis, eu tenho obrigação de as corrigir! Se as corrigir, provavelmente, a pessoa achará que o pedido que fez não tem justificação. Agora, se eu eliminar todas essas causas e, mesmo assim, a pessoa pedir, eu não tenho solução para ela!*

[M4, Masculino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Oncologia]

## Subtema II.6: Exploração Bloqueada: Inaptidão para Lidar com os Pedidos

Por contraste com a atitude evasiva atrás descrita, dois participantes no nosso estudo (M1 e M3) tentaram, sem sucesso, explorar as razões pelas quais uma doente com tumor ginecológico em fase avançada (no caso de M1) e uma médica-doente com neoplasia da mama e insuficiência respiratória por metastização pulmonar (no caso de M3) lhes dirigiram pedidos de eutanásia. Esta inaptidão para abordar pedidos de ajuda médica para morrer gerou desconforto e frustração nos entrevistados que, mediante a impossibilidade de lidar com tais apelos, se guiaram pelo sentido de urgência em aliviar o sofrimento destas doentes. Em seguida, será visível o enorme impacto emocional gerado pelo bloqueio médico na tentativa de aproximação à génese destes pedidos.

*Não soube lidar com o caso! Senti, de facto, uma incapacidade em lidar com a situação. (...) A vida dela estava muito marcada (...) por muito sofrimento. Um sofrimento proveniente da doença, mas num contexto particular, socioeconómico, penso eu, e cultural. (...) Não havia saída para aquilo a não ser o falecimento. Não havia saída! (...) E eu também não consegui... Não conseguimos encontrar uma solução... (...) Nós, equipa, não tivemos capacidade! A psicóloga também esteve, todos nós tivemos... (...) O desafio é no sentido em que, num futuro caso, nós teríamos que ter uma capacidade maior de avaliar, particularmente, se havia uma depressão, um estado depressivo, que nós também tratámos mas que não respondia. (...) Depois também fizemos antidepressivos, mas não respondia e ela mantém de facto o [pedido]... E fez a acusação! Senti uma acusação de um doente! (...) Pronto, estamos a viver um momento e uma situação tão difícil, (...) em que o doente acusou-me de eu não a tratar bem... E o tratamento, para ela, era a morte.*

[M1, Masculino, ≥ 60 anos, Anestesiologia e Medicina Paliativa]

*É um sentimento de impotência terrível! Eu não sabia o que é que estava a fazer! Não sabia o que é que estava a dizer! Ia muito intuitivamente atrás dela e, pronto, lá acabou por resultar... Se calhar, porque ela ficou cansada de me ouvir... (risos) Completamente! (...) Quando tenho uma colega [médica] novinha, que podia ser minha filha, a dizer-me o que esta do ano passado me diz, apetece-me pegar nela, sentar ao colo: 'Coitadinha, pronto...' Coisa que eu não podia fazer! (...) Tinha que a obrigar a raciocinar, a pô-la a pensar. E, por isso, fiquei muito quieta, a olhar para ela: 'Tu estás-me a dizer que queres não ter sintomas! O que tu queres é não ter sintomas!' Até obrigá-la a raciocinar o que é que realmente queria. Uma pessoa que a gente conhece no dia-a-dia, com quem trabalhou... É um bocado duro! Isso foi um bocado duro, porque eu queria era pô-la ao colo: 'Coitadinha, pronto, beijinhos, sim, está bem...' Faz de conta, mentir... É o que apetece fazer quando a gente gosta de uma pessoa e já a conhece há muito tempo. Apetece mentir como a gente faz aos miúdos de 3 anos: 'Ai eu não quero que tu morras! Não, eu nunca vou morrer e tu também não! Somos eternos!' Quando temos ligações afetivas é o que apetece! Apetece fazer de conta... Aquelas fugas infantis: 'Está tudo bem, vamos imaginar que estamos numa praia, que está tudo bem, tu estás aqui, estás sossegadinho...' É o nosso desejo e era aquilo que me consolava a mim... Em vez de ter sido firme e direta para a pôr em frente a toda a gente [três amigos médicos e um padre ortodoxo] a dizer que sim, que o que queria era deixar de ter sintomas e não despachar rapidamente, ainda hoje, o assunto, como ela dizia. Custou! Custou! Foi o que custou mais. Ainda por cima, lembrando-me de toda a luta que aquela rapariga teve na vida até conseguir ter uma vida equilibrada, tanto monetariamente como afetivamente. Uma lutadora! E, quando a luta estava ganha, acabou! Vitória, vitória... até à derrota final.*

[M3, Feminino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Intensiva]

## Subtema II.7: Exploração Consolidada: Escalpelização dos Pedidos

Diferentemente dos cinco casos anteriormente descritos, os restantes quatro participantes do nosso estudo (M2, M6, M7 e M8) foram capazes de adoptar um modo de avaliação individual e de exploração partilhada com outros profissionais de saúde relativamente aos pedidos de morte medicamente assistida, no sentido de escalpelarem os significados por debaixo das palavras verbalizadas pelos doentes e de, com base nessa análise aprofundada de tais apelos, adoptarem as medidas terapêuticas de conforto necessárias para lhes proporcionarem uma “boa morte”. Os próximos relatos médicos de uma paliativista e um oncologista são particularmente ilustrativos do modo como alguns dos entrevistados se empenharam na mobilização de estratégias técnicas e comunicacionais para lidarem com os pedidos de eutanásia recebidos durante a prática clínica.

*A forma como abordámos o pedido [de um doente com uma recidiva de um tumor da cabeça e pescoço] tem um bocadinho a ver com aquilo que é ensinado aos profissionais que trabalham em Cuidados Paliativos. Que é sempre tentar perceber o porquê e que é sempre tentar esgotar todas as hipóteses de intervenção em todos os âmbitos e todas as pessoas que possam dar o seu contributo. Por um lado, explicámos que não podíamos ajudar ninguém a morrer. Por outro lado, tentámos perceber o porquê. E, dentro do explicar o porquê, validámos os aspetos positivos. Que tinha havido uma resposta ao tratamento, que havia um novo tratamento a fazer, que não estava excluída a possibilidade, se houvesse novamente uma resposta similar à que houve com a quimioterapia, de poder ser operado. E manter-se o mais tempo possível livre de doença. Explicámos que era possível fazer fisioterapia para melhorar a parte muscular, que havia uma parte que se tinha perdido. Pronto que, infelizmente, os corticóides eram assim, mas que havia reabilitação que poderia ser feita.*

[M2, Feminino, ≤ 40 anos, Medicina Interna e Paliativa]

*Houve mais do que um pedido. E essencialmente quando os houve, nós discutimo-os envolvendo a equipa toda. Tentamos envolver a equipa de enfermagem, os psicólogos, a assistente social, etc. Nós temos uma equipa que trabalha relativamente bem em colaboração e discutimos os doentes regularmente. (...) Primeiro, tentar perceber o que é que está na base de... Ou seja, se há alguma coisa que eu possa resolver. (...) E depois há coisas importantes perante este tipo de pedidos. Se calhar, o mais importante é saber que o médico está ali. E vamos estar ali quando ele morrer! Não o vamos largar! E vamos tratá-lo e vamos estar ao pé dele... Vamos dar-lhe a mão, se for preciso! Ok? E vamos tentar que tudo aconteça de acordo com as vontades dele. E que esteja a família ou que não esteja a família! É como a pessoa quiser! E controlar-lhe os sintomas e não fazer aquilo que não foi combinado. E... O que for preciso! Fomentamos as despedidas.*

[M6, Masculino, ≥ 50 anos, Hematologia]

Em virtude de termos concluído este mapeamento sobre as diversas formas pelas quais os participantes neste estudo interpretaram e exploraram os pedidos de morte medicamente assistida com os quais se confrontam no decurso das suas trajetórias profissionais, prosseguimos a análise do material experiencial com o escrutínio das diferentes respostas médicas a essas solicitações.

### 5.7.3. Tema III – Responder aos Pedidos de Morte Medicamente Assistida

O terceiro tema emergente da análise das entrevistas refere-se ao modo como os médicos participantes neste estudo responderam aos pedidos sérios, persistentes e bem-refletidos de morte medicamente assistida com os quais foram confrontados no decurso das suas práticas clínicas. A este respeito é de salientar, desde já, que a maioria dos médicos entrevistados (7/9) respondeu negativamente aos pedidos genuínos de morte medicamente assistida que os doentes infecciosos, neurológicos e oncológicos lhes dirigiram; tendo havido, no entanto, dois médicos nefrologistas participantes neste estudo que declararam ter respondido afirmativamente a quatro pedidos de eutanásia (no caso de M7) e a um pedido de suicídio medicamente assistido (no caso de M8).

Relativamente aos sete participantes que declinaram apelos de ajuda médica para morrer, a partir da análise dos seus testemunhos constatámos que, com exceção de um participante (M9), todos os demais entrevistados deliberaram no sentido de encontrarem alternativas terapêuticas para obviar o sofrimento incessante destes doentes e de adotarem outras decisões médicas em fim de vida relativas ao controlo sintomático e à provisão de cuidados paliativos (nos casos de M1, M4 e M6), assim como relativas à implementação da sedação paliativa (nos casos de M2, M3 e M5). No caso particular do médico neurologista (M9) que rejeitou um pedido de eutanásia recebido por um colega médico-doente com esclerose lateral amiotrófica, a sua recusa explícita desse pedido foi acompanhada pela permissão implícita a um membro próximo da família (à filha enfermeira) para prosseguir com a hetero-administração de um “soluto, com morfina, fatal”, isto porque não relatou o acontecimento nem um episódio subsequente (um telefonema da filha a solicitar-lhe presença médica durante o ato em que ia terminar a vida do pai) na ficha clínica do doente, nem deu conhecimento desse plano engendrado por ambos às autoridades competentes.

Contrariamente à maioria dos entrevistados que deram respostas negativas aos pedidos de morte medicamente assistida com os quais se confrontaram durante as trajetórias profissionais, os dois médicos nefrologistas que entrevistámos foram os únicos participantes neste estudo (2/9) a declararem ter dado respostas positivas a apelos de ajuda médica para morrer. No caso de M8, o médico nefrologista afirmou ter prescrito, comprado, fornecido fármacos letais e as instruções sobre a sua auto-administração a um doente insuficiente renal crónico que acompanhava há cerca de dez anos e que, implicitamente, lhe havia pedido auxílio no suicídio durante uma consulta de hemodiálise (não obstante esse doente não ter chegado a ingeri-los e ter falecido com um enfarte

agudo do miocárdio). Por seu turno, no caso de M7, o médico nefrologista afirmou ter praticado quatro vezes a eutanásia com a “técnica [de] sedar o doente e cloreto de potássio”, mediante os pedidos explícitos de uma amiga com neoplasia do pulmão, de um amigo e colega médico com esclerose em placas e, ainda, de dois doentes com insuficiência renal crónica em hemodiálise.

Antes de apresentarmos os testemunhos que ilustram as diversas formas como os médicos entrevistados responderam negativa ou afirmativamente aos apelos de ajuda médica para morrer, é importante contextualizar as suas respostas nos processos de deliberação que alicerçaram as decisões de rejeitar ou aceitar os pedidos de morte medicamente assistida. Tal como já frisámos, os pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido não constituíram fenómenos comuns para nenhum dos entrevistados, os quais possuem longa experiência profissional no exercício da prática clínica e na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida. Não sendo um fenómeno frequentemente experienciado pelos participantes no estudo, a recepção destes apelos de ajuda médica para morrer obrigou os próprios médicos a ponderarem o quão longe iriam nessa jornada e a procurarem argumentos que justificassem as suas respostas aos pedidos e que legitimassem as suas intervenções clínicas. Ao descreverem um *continuum* de respostas, desde a recusa absoluta e a adopção de medidas terapêuticas alternativas (ao nível do controlo sintomático, cuidados paliativos e sedação paliativa) até à aceitação plena desses pedidos e às práticas subterrâneas de morte medicamente assistida (eutanásia e suicídio medicamente assistido), todos os participantes traçaram as suas linhas morais a partir das quais delinearam os seus cursos de ação.

Quanto aos sete participantes que recusaram os apelos de ajuda médica para morrer, as suas linhas morais serviram como uma fronteira que delimitou as suas respostas e introduziu uma barreira que não podiam nem iriam ultrapassar. Para justificar as respostas negativas aos pedidos de morte medicamente assistida, estes participantes utilizaram argumentos relativos às sanções deontológicas e condenações criminais que adviriam em consequência do eventual envolvimento em práticas de morte medicamente assistida (nos casos de M2, M4, M5, M6, M9), à ameaça que tais práticas representam para a integridade da profissão médica (nos casos de M1 e M3) e, ainda, ao estado depressivo dos doentes (nos casos de M1 e M2). Enquanto para os participantes que recusaram os apelos, as suas linhas morais revelaram ser inamovíveis e estar absolutamente fechadas, para os únicos dois participantes que, contrariamente, aceitaram praticar a eutanásia (M7) e prestar auxílio no suicídio (M8), as suas linhas morais aparentaram estar mais abertas à avaliação da credibilidade dos pedidos que receberam e ter uma localização dinâmica consoante

os contextos específicos em que os doentes manifestavam um sofrimento intolerável. No que respeita a estes dois médicos entrevistados que aceitaram pedidos de eutanásia (M7) e suicídio medicamente assistido (M8), as suas respostas positivas a tais apelos foram justificadas com base no respeito pela autonomia individual e pelo direito dos doentes mentalmente competentes a tomarem decisões relativas ao fim da vida e a assumirem controlo sobre o processo de morrer, no dever de agir em prol do alívio de um sofrimento excruciante manifestado pelos próprios doentes e de não os abandonarem nesses últimos momentos em que afloraram sentimentos de compaixão.

Em virtude dos diferentes pressupostos que nortearam respostas opostas aos pedidos de morte medicamente assistida, constatamos que cada um dos participantes neste estudo consultou a sua própria bússola moral para deliberar sobre os pedidos de ajuda médica para morrer que lhes foram dirigidos. Se, por um lado, as respostas negativas se alinharam com o enquadramento ético-legal português que proíbe o envolvimento médico nas práticas de eutanásia e de auxílio ao suicídio, por outro lado, as respostas positivas a esses apelos foram orientadas por uma avaliação individualizada dos pedidos e pela convicção de que, nestas situações de extrema complexidade, os compromissos previamente estabelecidos com os doentes no alívio do sofrimento suplantam os códigos deontológicos e os regulamentos jurídicos quanto à (i-)licitude de ambas as práticas.

Na sequência desta contextualização sobre os processos deliberativos que sustentaram as decisões médicas de rejeição ou aceitação dos pedidos de morte medicamente assistida com os quais foram confrontados durante a sua trajetória profissional, procedemos então à apresentação dos testemunhos que nos revelam o modo como os participantes responderam a tais apelos. Estas diferentes respostas aos pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido foram analisadas a partir de um *continuum* desde o menor até ao maior grau de participação médica nos atos de terminação da vida, motivo pelo qual serão igualmente discutidas por essa ordem. Assim sendo, no âmbito deste terceiro tema emergente da análise das nove entrevistas realizadas a todos os participantes no nosso estudo, em seguida apresentaremos os seus vários subtemas que recaem sobre as diversas respostas negativas e positivas dadas aos apelos de ajuda médica para morrer, a saber: a recusa médica dos pedidos de morte medicamente assistida, tendo sido providenciado controlo sintomático e cuidados paliativos como alternativa; a recusa médica dos pedidos, tendo sido implementada a sedação paliativa em alternativa; a explícita recusa médica dos pedidos, acompanhada de permissão implícita ao doente e à sua família; a aceitação médica da prática do suicídio medicamente assistido; e, por fim, a aceitação médica das práticas de eutanásia.



### **Subtema III.1: Recusa dos Pedidos de Morte Medicamente Assistida:**

#### **Controlo Sintomático e Cuidados Paliativos como Alternativas**

Mediante a recepção de pedidos de eutanásia formulados por doentes oncológicos, três médicos entrevistados que recusaram tais apelos procuraram direcionar as intervenções clínicas para o controlo de sintomas, a suspensão dos tratamentos em curso e a manutenção exclusiva das medidas de conforto (nos casos de M4 e M6), assim como para a provisão de cuidados paliativos (no caso de M1). Tais decisões médicas em fim de vida foram justificadas pelos participantes no estudo como sendo alternativas terapêuticas legal e eticamente disponíveis para conseguir aliviar o sofrimento dos doentes, mesmo não tendo sido capazes de anular nem reverter os seus pedidos. Como é observável nos próximos relatos, os médicos entrevistados foram peremptórios em traçar as suas linhas morais a partir dos códigos deontológicos e jurídicos que determinam os limites da profissão médica e em implementar cursos de ação conformes com essas normas proibitivas.

*Respondi-lhe que não me era possível fazer mais do que aquilo que estava a fazer. (...) Portanto, teríamos que tentar fazer tudo o que fosse possível para o pôr confortável sem usarmos essa metodologia. Mais uma vez é o trabalho de eliminar as causas que possam ser eliminadas e que estejam a contribuir para isto. E tentar perceber que o doente [com um tumor da região do ânus] aumentou o nível de sofrimento para fazer o pedido e tentar atuar nesse sentido. Basicamente é isto que a equipa faz! Que nós fazemos! (...) O pedido, a mim, não me choca! (...) Depois, o trabalho que eu tenho que fazer é esse! É eliminar as áreas de arbitrariedade!*

[M4, Masculino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Oncologia]

*Eu expliquei-lhe [à doente com um mieloma múltiplo] que não a podia matar. Expliquei-lhe a questão legal e quais é que eram os meus limites e o que é que eu podia fazer. O que eu podia fazer era parar tudo o que fosse terapêutica ativa. Tudo aquilo que estávamos a fazer, que eram medidas ativas, íamos parar! E íamos só manter medidas de conforto. A primazia de controle dos sintomas... Isto foi decidido com ela! Mas espere lá, minha amiga... Eu, o resto, não o posso fazer, porque se não vou preso! A lei o que diz é que eu não o posso fazer, de modo que eu cumprio a lei! E a questão, para mim, rege-se muito a sério pela lei. Eu considero que a profissão médica é regulada. A sociedade permite-me fazer determinado tipo de malvadezes e algumas benfeitorias e disponibiliza, para minha utilização, venenos que eu utilizo enquanto entidade judiciosa, habitualmente, para tratar as pessoas. Portanto, eu tenho um contrato com a sociedade, ao mesmo tempo, que é a lei. E, independentemente da minha concordância, ou não, com aquilo que a sociedade estabeleceu como limites, eu cumprio com as regras do contrato que tenho com a sociedade. Portanto, explico aos doentes isto. E explico o que é que eu posso oferecer do ponto de vista da lei. Não tenho eu o direito de mudar as regras desta sociedade sozinho. A questão é tão simples quanto esta! Não estamos a falar de um pequeno preceito... É um grande preceito! E uma grande questão moral dos séculos XX e XXI! Portanto, onde eu acho que não tenho o direito, pelo poder que tenho por ser médico, de me antecipar ou de me sobrepor àquilo que a sociedade escolheu. Porque, se não, nessa altura estou a realizar de uma forma não regulada e despótica o meu poder.*

[M6, Masculino, ≥ 50 anos, Hematologia]

*Foi um pedido muito firme! A ideia dela era muito firme! Era uma ideia muito definitiva! Essa [doente com um tumor ginecológico muito avançado] manteve sempre... Eu penso que, por uma depressão, que não conseguimos tratar. Mas manteve essa ideia de morte provocada, portanto, uma morte antes da morte natural. (...) Eu considero isso como uma situação talvez de depressão profunda, mas podia ser muito consciente da situação. Mas entendo mais que fosse de depressão. Nós usámos antidepressivos, explicámos que estavam a ser usados medicamentos, mas não houve resposta. (...) E ela, de facto, depois faz-me uma acusação! Concretamente, dizendo que eu não tinha feito o que ela me tinha pedido! E eu continuei a conversar com ela dentro do possível... Ela é muito reservada. (...) Nunca poderia fazer a eutanásia. Nunca poderia dar uma injeção letal! Não o podia fazer! Não foi dada é resposta, em Cuidados Paliativos, a um pedido de morte antecipada. Pronto, não consegui dar resposta... Isso é que não foi feito, porque também não entrava nos Cuidados Paliativos. Portanto, isso não é um pedido a que eu pudesse dar resposta! A minha resposta seria sempre por via dos Cuidados Paliativos! Isto é, através dos Cuidados Paliativos de qualidade, ela vir a modificar o seu pedido... Mas fizemos Cuidados Paliativos! Cuidámos dos sintomas e o conforto e a presença. Isso fizemos. Mas isso não modificou o pedido.*  
[M1, Masculino, ≥ 60 anos, Anestesiologia e Medicina Paliativa]

### **Subtema III.2: Recusa dos Pedidos de Morte Medicamente Assistida:**

#### **Sedação Paliativa como Alternativa**

Diferentemente das situações acima descritas, a recusa de pedidos de eutanásia interpelou de forma substancialmente mais problemática outros três médicos entrevistados, que igualmente os declinaram (M2, M3 e M5), a encontrarem na sedação paliativa uma opção de último recurso para tais apelos. Segundo o ponto de vista destes participantes no estudo, a sedação paliativa foi a solução mais adequada para minimizar o sofrimento intolerável dos doentes oncológicos que lhes haviam solicitado ajuda médica para morrerem e, ainda, para tentar que os próprios doentes deixassem de ter consciência que estavam a formular pedidos de eutanásia e lhes cortar “o acesso à realidade” (M5). Esta decisão médica em fim de vida foi previamente discutida com o doente e simultaneamente a família só num caso (M2), o qual é particularmente ilustrativo da dificuldade sentida pela médica paliativista, que iniciou a sedação “no sentido de obter tempo e um parecer da Comissão de Ética para decidir o que é que era justo e correto de ser feito perante uma situação em que tudo aquilo que tinha sido tentado não tinha resultado”. Neste caso estiveram patentes sentimentos ambivalentes face à decisão tomada, tendo a médica paliativista inclusive desabafado que “aquilo que eu sinto é um bocadinho hipocrisia daquilo que é a boa prática médica, (...) daquilo que é o cuidado oferecido a alguém que quer morrer; nós não permitimos a eutanásia, mas aquilo que oferecemos em alternativa... é um processo doloroso”. Num outro caso (M3), a médica internista também expressou dificuldade em lidar com o pedido de eutanásia

realizado por uma colega médica-doente, tendo-o encarado como um atrevimento que anulou com recurso à sedação paliativa. Acresce que esta médica já havia encetado esforços para lhe prover apoio espiritual através do chamamento de um padre ortodoxo à unidade hospitalar onde a médica-doente estava internada para ambos conversarem antes de a sedação ser iniciada. É, pois, chegado o momento de repousarmos sobre a leitura de cada um destes três relatos médicos.

*Perante este pedido [de eutanásia], o único reforço que eu pude fazer foi o reforço da analgesia e o reforço das drogas que promoviam o despreendimento e o tratamento da angústia. O que eu posso fazer é ir subindo as drogas que cortam o acesso à realidade. Para que ela deixasse de ter consciência que estava a formular um pedido. Garantia-lhe que estava a fazer tudo o que era possível para que ela sofresse o menos possível... Aumentando os analgésicos e tirando-lhe a sensação de angústia que ela tinha de ainda estar viva! Com alteração da analgesia, com os sedativos... As doses de morfina foram sendo escaladas, as doses de hipnóticos foram sendo escaladas, cada vez mais, mas o que acontece também com estes doentes é que, à medida que a dose vai sendo escalada, eles vão-se habituando a essa dose e não chega. E a doente [com carcinoma do ovário] acabou por falecer em oclusão intestinal, que era a situação que a afligia.*

[M5, Masculino, ≥ 50 anos, Oncologia]

*É a sensação de: ‘Será que vou controlar a situação? Como é que eu vou fazer para controlar a situação?’ É tudo tão imediato! Não dá tempo para sentir muita coisa, não é? É a tal sensação muito rápida de: ‘Não tens o direito de me pedir isto [eutanásia]!’ É a primeira coisa que eu sinto, que é um sentimento nada controlado, nada pensado... É o que me vem! Fico irritada: ‘Não tens que me pedir isso! Não me podes pedir isso! Não devias estar a pedir isso!’ E, imediatamente, entro em controle da situação! Não vou agora estar a reagir de acordo com isso que eu sinto, que não devo sentir... E, depois, é logo a preocupação de controle da situação, de modo a poder dar os cuidados que ela está a precisar. Fazê-la desistir daquela ideia... (...) A primeira coisa que eu sinto é irritação: ‘Não tens que me pedir isso!’ E o que sai imediatamente é convencê-la a sair dessa ideia, não é? E por isso é que também respondi assim com tanta autoridade: ‘Não! O que tu queres é que eu te tire os sintomas! O que tu queres é não sentir o que estás a sentir!’ Poderia ser de outra maneira... Não teria que ser tão autoritária como fui... A autoridade foi para controlar a situação, todo aquele envolvimento... (...) Ela disse-me: ‘Eu não quero que isso passe de hoje!’ Ao que eu respondi: ‘O que tu não queres é ter sintomas e isso te garanto eu!’ Eu também fui autoritária com ela: ‘Não, o que estás a pedir não é isso! O que estás a pedir-me é para eu te tirar os sintomas! E eu vou tirar, nem que para isso seja preciso pôr-te a dormir!’ Ficou a olhar para mim e disse: ‘Mas, mais do que hoje, eu não quero! Não quero nem mais um dia! Não há necessidade nenhuma de passar de hoje!’ E eu disse: ‘Oh miúda [médica com uma neoplasia da mama e insuficiência pulmonar], vê bem o que é que estás a dizer! Tu sabes em que situação é que estás e não queres é ter sintomas, inclusivamente o que estás a sentir agora, que é uma enorme falta de ar, mal consegues falar! Tu não queres é ter sintomas!’ Eu insisti: ‘O que estás a pedir é para eu te tirar os sintomas, nem que para isso tenha que te pôr a dormir!’ Ficámos assim montes de tempo a olhar uma para a outra com o pessoal à volta todo calado. Que isto foi dito com presença de colegas amigos dela, o padre [ortodoxo], eu e ela na cama. O filho estava lá fora, felizmente! E ao fim de um tempo, que pareceu imenso, ela disse-me: ‘Pois, é isso que tu dizes... eu não quero é ter sintomas...’ E eu disse: ‘Vou-te dar medicação suficiente para não sentires nada. Provavelmente vais adormecer, porque as doses que eu te vou dar, para não sentires nada, não permitem que estejas de olho aberto.’ E ela disse: ‘Pronto, está bem, isso é bom... preciso de dormir.’ Pronto... Muito serena... Depois estive lá quase uma hora a falar com o filho, até eu ir pôr a sedação. E durou dois dias. Também não durou muito mais...*

[M3, Feminino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Intensiva]

*Nós [equipa de Cuidados Paliativos], ingenuamente, achámos que a Psiquiatria podia ajudar... Mandeí o senhor [com recidiva de um tumor da cabeça e pescoço] à Urgência de Psiquiatria e a colega disse: 'O senhor, até acredito que esteja deprimido, diz-me que não quer fazer medicação, eu não lhe dei medicação nenhuma, ele está orientado, está lúcido, tem o direito de escolher! Se não quer fazer medicação, não faz!' Eu já tinha falado daquela questão do risco para a própria vida e de ele se suicidar. E ela disse: 'Pois, é um risco que corremos, a família que esteja atenta.' (...) Esta foi uma situação paradigmática em que se tentando fazer coisas em âmbitos diferentes, a pessoa mantém a sua decisão inabalável de que quer morrer. Aquilo que propusemos, como única alternativa, era sedar o senhor. Era a única coisa perante uma situação que ninguém tinha conseguido ajudar. Nós não o poderíamos matar! De qualquer forma, antes de fazer aquilo que fizemos, que foi sedá-lo, explicámos-lhe que aquilo que lhe íamos administrar não o ia matar, que ia adormecê-lo de forma a que ele não sentisse aquilo que se estava a passar à volta dele. Não sendo permitido praticar a eutanásia no nosso contexto, o desafio é sempre tentar minimizar o sofrimento daquela pessoa. E o senhor... fizemos a medicação indutora aqui, ficou a dormir. Nesse dia, (...) telefonei para a Comissão de Ética, (...) disseram-me que a reunião era não sei quantos dias depois e eu perguntei se não havia nenhuma forma mais rápida de ter um parecer. A minha questão era relativamente àquilo que nos era permitido fazer. (...) Por um lado, era em relação à sedação, embora eu não tivesse outra alternativa... Para mim, não era uma sedação paliativa, porque aquele senhor não estava em situação de últimos dias. Era uma sedação no sentido de obter tempo e um parecer da Comissão de Ética para decidir o que é que era justo e correto de ser feito perante uma situação em que tudo aquilo que tinha sido tentado não tinha resultado. (...) E aquilo que aconteceu foi que (...) na semana seguinte foi-me permitido falar com o presidente da Comissão de Ética, informalmente, ao mesmo tempo que já tinha seguido o documento para, depois, o grupo decidir. (...) E o Professor disse que percebia o senhor, que era perfeitamente natural que alguém que tinha perdido tudo – tinha perdido a esposa, tinha perdido o trabalho, tinha a sua terceira neoplasia, alimentava-se por uma PEG –, que era natural que essa pessoa não quisesse viver mais. (...) E eu disse: (...) 'Nós precisamos de ter medidas concretas em relação a: hidratamo-lo, não hidratamo-lo, alimentamo-lo, não o alimentamos...' E ele disse: 'O que é que o senhor queria para ele?' E eu disse: 'Não queria nada, não queria água nem alimentos.' E ele disse: 'Então, não faça nada!' (...) Pronto, o senhor esteve internado treze dias sem hidratação, sem alimentação, tal como ele tinha pedido... (...) Nos últimos dias, com necessidade de associação. (...) Ao fim de alguns dias a fazer uma benzodiazepina começa a haver tolerância e tivemos que mudar de medicação, porque ele começou a ter períodos em que não falava, mas abria os olhos. Não propriamente mostrando nenhum sinal externo, mas abria espontaneamente os olhos... E a equipa começou a ficar muito preocupada e muito aflita e as filhas também. Portanto, tivemos que mudar a medicação, por isso. Mas, claramente, do ponto de vista físico, com uma degradação que era o que mais incomodava a nós e que a mim profundamente me incomodou. Degradação física, porque começavam a acumular-se secreções. Por mais medicação que nós juntássemos para reduzir as secreções, acumulavam-se secreções. O senhor fez a tal infeção urinária, a urina acumulada, e aquele sedimento dava um cheiro desagradável que não é fácil de gerir sem antibiótico. A pessoa começa a ter um aspeto de definhado e perturbava muito a equipa do serviço, aquilo que estava a ser feito, sobretudo porque não tinham o parecer. Eu transcrevi a conversa que tinha tido oralmente no diário clínico, mas não tinha o papel, pronto... E o papel chegou dois dias depois de o senhor falecer. (...) Para nós, também não foi fácil porque, de alguma forma, aquilo que eu sinto é um bocadinho hipocrisia daquilo que é a boa prática médica... Porque aquilo que é considerado a boa prática médica... Sim senhora, fizemos bem em ter o senhor sedado, se ele não se queria aperceber, mas depois toda a degradação que acompanha esse processo é extraordinariamente dolorosa de assistir. (...) A hipocrisia daquilo que é o cuidado oferecido a alguém que quer morrer... Nós não permitimos a eutanásia, mas aquilo que oferecemos em alternativa... (silêncio) É um processo doloroso...*

[M2, Feminino, ≤ 40 anos, Medicina Interna e Paliativa]

### **Subtema III.3: Recusa Explícita dos Pedidos de Morte Medicamente Assistida: Dar Permissão Implícita ao Doente e à Família**

O último participante no estudo a recusar explicitamente um pedido de eutanásia refere-se ao único médico neurologista entrevistado (M9). Este caso distingue-se dos demais pelo facto de o participante ter partilhado uma experiência atípica com o fenómeno da recepção e resposta negativa ao apelo de ajuda médica para morrer que lhe foi dirigido por um colega médico-doente com esclerose lateral amiotrófica, numa fase ainda precoce desta grave doença degenerativa.

De acordo com o participante neste estudo, o médico-doente pretendia “combinar uma infusão de morfina, ou de outro fármaco, (...) para abreviar a vida; (...) não sei exatamente se (...) seria eu a administrar ou, pelo menos, estar presente perante a administração... mas queria que eu participasse, eu diria, ativamente, sim!”. Mediante a recepção do pedido de eutanásia formulado por um colega de profissão, este entrevistado constatou que “o médico foi o caso racional puro”, que “ele estava com a decisão estabelecida” e que “não iria conseguir convencê-lo do contrário”.

A rejeição deste pedido firme foi alicerçada, por um lado, no enquadramento ético-legal que veda aos médicos o acesso às práticas de eutanásia e suicídio medicamente assistido e, por outro lado, na ausência de uma relação profissional prévia e na relação terapêutica limitada que havia estabelecido, apenas em consultas esporádicas com o doente. Ao recusar explicitamente prestar-lhe auxílio na terminação da sua vida, este entrevistado rejeitou a hipótese de se envolver num ato criminal e moralmente condenável, não obstante estar convicto da veracidade do pedido e de ter compreendido as motivações do doente, assentes na falta de esperança, na modificação da sua autoimagem, na degradação física e, prospectivamente, em não querer atingir um grau total de dependência nas fases mais avançadas desta doença. É de salientar, a este respeito, que o médico entrevistado reforçou por diversas vezes a ideia de que estava perante um outro médico-doente com um conhecimento técnico aprofundado sobre o diagnóstico e prognóstico da doença.

Do ponto de vista do neurologista participante neste estudo, a sua declinação do pedido de eutanásia não lhe suscitou nenhuma dificuldade decisória nem um conflito emocional porque justamente, segundo o próprio entrevistado, “eu agi em conformidade com todos os parâmetros deontológicos e legais”. Ao não ultrapassar a sua linha moral, o participante legitimou o curso de ação por si implementado, mas ainda assim não conseguiu evitar que o médico-doente que lhe solicitou ajuda para morrer tivesse procurado estratégias alternativas para concretizar o apelo.

Na sequência da declinação do pedido de eutanásia, o neurologista entrevistado relatou-nos ter tido conhecimento de que o médico-doente com esclerose lateral amiotrófica redirecionou o pedido para a sua filha enfermeira. Ao descobrir que o doente planeava antecipar a morte com o auxílio instrumental e afetivo da sua filha enfermeira, o entrevistado não interferiu na decisão e, nesse sentido, adoptou uma postura neutra que reflete o respeito pelas escolhas individuais do doente e da família. Embora o entrevistado tenha recusado explicitamente envolver-se no ato de terminação da vida do médico-doente e não tenha querido saber os pormenores nem os detalhes do plano engendrado por ambos, a sua postura de neutralidade face à decisão tomada pelo doente e pela sua filha conferiu uma permissão implícita à antecipação da morte. É particularmente ilustrativo desta recusa explícita por parte do neurologista, acompanhada de permissão implícita ao doente e à sua filha, um episódio contado pelo próprio entrevistado. No dia em que a filha enfermeira “estava a preparar o soluto, com morfina, fatal, para o pai”, o neurologista recebeu um telefonema seu, pedindo-lhe informações sobre a dosagem dos fármacos que iria utilizar e, ainda, averiguando a possibilidade de o neurologista se deslocar ao domicílio, estar presente no momento da morte, prestar auxílio na hetero-administração desses fármacos e, se necessário, intervir na eventualidade de surgir alguma complicação decorrente do procedimento.

Tal como já havia recusado ao pai, o neurologista voltou a recusar explicitamente à filha a prestação dessa ajuda na precipitação da morte. Todavia, a dupla recusa explícita deste pedido de eutanásia parece-nos encobertar, de certa forma, um olhar médico desviado intencionalmente, uma aceitação tácita do que estava a ser planeado na penumbra e a ratificação do direito de um membro familiar a agir em conformidade com os melhores interesses do doente (não tendo sido descrita a existência de quaisquer motivações egoístas subjacentes ao apoio prestado pela filha). Noutros termos, quer isto dizer que o médico entrevistado, apesar de ter recusado explicitamente o apelo que recebeu, deu permissão implícita ao doente e à filha enfermeira para implementarem o plano que haviam engendrado, nomeadamente quando manteve o secretismo da concretização do pedido por parte da filha, quando não reportou o conhecimento do plano nem o seu desfecho às autoridades competentes, assim como quando não o documentou na ficha clínica do doente.

Segundo o relato do próprio entrevistado, que apresentamos em seguida, o médico-doente com esclerose lateral amiotrófica faleceu na sequência da hetero-administração de um soluto, com morfina, fatal por parte da filha enfermeira, que atendeu ao seu pedido de ajuda para morrer em virtude de tal apelo ter sido previamente rejeitado pelo neurologista participante neste estudo.

*Era um médico! Pôs o problema em concreto! Foi uma conversa direta: 'Quero falar consigo, tenho esse problema...' Naturalmente, manifestei o mesmo tipo de resposta [ao pedido de eutanásia]. Quer dizer, que é um assunto que não é contemplável, não é negociável, uma vez que isso está fora do âmbito legal. Expliquei que não ia ultrapassar as minhas limitações deontológicas e de regra deontológica e de legislação. (...) Eu não o conhecia enquanto colega. Conhecia-o enquanto doente. (...) E este médico seguiu o seu caminho de evolução da doença [esclerose lateral amiotrófica]. (...) Passado algum tempo, sei que recebi um telefonema da filha, que era enfermeira, e que estava a preparar o soluto, com morfina, fatal, para o pai. Portanto, ia fazer uma infusão de doses elevadas de morfina para abreviar a vida do pai, a seu pedido. E ela telefonou-me no sentido de pedir ajuda ou em relação às doses ou se eu poderia mesmo ir ao domicílio. (...) Entre o pedido [do médico-doente] e ter recebido o telefonema [da filha], foram uns meses. Uns três meses... Penso que até nem voltei a vê-lo na consulta. (...) Naturalmente que rejeitei, não é? Mas a verdade é que alguma coisa foi feita com certeza! Depois, de facto, com o apoio da filha que, como digo, era enfermeira... certamente, o procedimento foi efetuado. Penso que o procedimento foi efetuado. Presumo que fez! Estava tudo montado... Não estou a ver que tivesse desistido! Até porque eu nunca mais o vi! Como é evidente! (...) E, portanto, foi uma coisa rápida. Foi uma execução rápida. (...) Enquanto médico, tive pena que a situação atingisse aquele patamar. Agora... Complicado? Não! Porque, quer dizer, agi em conformidade com todos os parâmetros deontológicos e legais. (...) Eu, pela Ordem e pelas normas deontológicas, não podia! Não posso! A eutanásia não está prevista nos códigos da Ordem dos Médicos. (...) Agi corretamente! E, portanto, não fiquei nada perturbado. Agora... Tive pena! Tive pena que a pessoa chegasse a esse ponto. Com certeza que tenho pena ou comiseração ou simpatia pela situação, solidariedade, como quiser designar. Naturalmente tive sentimentos em relação a isso. Mas não tenho nenhuma dificuldade decisória! (...) Enfim... eu tinha já estabelecido o meu limite de intervenção. Portanto, ela percebeu (...) mas, quer dizer, é desagradável o telefonema: 'Venha cá porque, de facto, está tudo preparado! Eu já tenho aqui isto e tal, venha-me cá ajudar e tal, se puder...' Ou: 'Está disponível para...!' Foi já a política do facto feito, do facto consumado... Não está consumado, mas está preparado, a consumir-se e: 'Agora venha cá! Se houver aqui uma situação que eu não controle, tem que me ajudar!' Foi basicamente isso. A mesma vontade... A determinação [da filha] era a mesma [do pai]! E, portanto, isso é sempre muito desagradável! (...) Portanto, esse foi o caso mais perturbador, não só por ser um colega ou ter sido um colega, como de ter sido uma fase ainda relativamente não avançada da doença... Ia dizer uma fase precoce, não era bem precoce..., mas não era uma muito fase avançada da doença... foi relativamente precoce. E porque foi de um médico... Portanto, com um grande conhecimento técnico, não é? E pelo facto, também, de depois ter recebido, como lhe tinha dito, um telefonema da filha, já com tudo montado. Fui interpelado já num contexto em que estava tudo organizado... Só faltava a minha bênção! Nesse sentido foi, de facto, mais intimidador, porque a situação foi já apresentada com o prato feito! Naturalmente, fiquei um bocado consternado, porque estava a ver que aquilo se ia passar... E, de facto, a senhora podia encontrar uma situação de aflição aguda, que não sabia resolver muito bem, ou que não estava preparada... Estava em desespero! Telefonou em desespero! Ainda por cima era pai... É preciso não esquecer esse pequeno apontamento. Pronto, estava aflita... Quer dizer, ia fazer uma coisa para o pai, a pedido do pai, em respeito ao pai, mas é chato não ter nenhum outro apoio... Convenhamos que é uma situação bastante invulgar! Ela achou que eu faço tudo... Provavelmente era isso! 'Não mexe em nada, mas fique aqui para...!' Devia ser mais ou menos isso. (...) Portanto, esse foi o caso, talvez, mais complicado, uma vez que levaram a situação até ao fim. (...) Uma vez resolvido o problema, [a filha] não ia agora expor-se... É muito complicado! É uma coisa complexíssima! Imagine que um profissional de saúde, numa atitude qualquer, que também seria muito discutível, telefona para uma instituição policial e diz que tem conhecimento ou suspeita... Bem, isso era uma coisa... (risos) Está a ver o que é que isso significava em termos legais? Toda uma trapalhada...*

[M9, Masculino, ≥ 50 anos, Neurologia]

### **Subtema III.4: Aceitação dos Pedidos de Morte Medicamente Assistida:**

#### **Praticar o Suicídio Medicamente Assistido**

O fenómeno da recepção de pedidos de suicídio medicamente assistido foi experienciado por apenas dois médicos participantes neste estudo (M3 e M8). Contrariamente a uma médica internista (M3) que rejeitou tais pedidos formulados por dois doentes infecciosos diagnosticados com HIV/Sida, um médico nefrologista (M8) foi o único entrevistado a responder positivamente ao pedido de assistência médica no suicídio que lhe foi implicitamente dirigido por um doente insuficiente renal crónico acompanhado por si, durante dez anos, num centro de hemodiálise.

As justificações apresentadas pelo nefrologista entrevistado para ter atendido a este apelo estiveram, precisamente, relacionadas com a longevidade da relação terapêutica e a convicção de que a sua decisão médica de prescrever e de fornecer fármacos letais, a par de prover informação detalhada sobre a sua eventual utilização por parte do doente, constituía uma obrigação enquanto médico e era consentânea com o seu respeito pelo direito do doente a restituir o controlo sobre as decisões relativas ao período final da vida e ao processo de morrer. Com base no princípio ético do respeito pela autonomia e do direito à autodeterminação individual nas escolhas sobre o modo e o momento da morte, o nefrologista entrevistado procurou legitimar os seus atos de prescrição e de provisão de medicação letal ao doente com uma neuropatia diabética em hemodiálise, que o havia questionado sobre a possibilidade de antecipar o fim da vida. A retidão deste curso de ação médico foi, portanto, sustentada pelo participante no estudo com base na proximidade à sua linha moral; a qual não foi traçada por referência às proibições deontológicas nem às sanções legais, mas sim deslocada para o cumprimento do seu dever no âmbito de uma relação terapêutica muito consolidada e para a responsabilização direta de um doente mentalmente competente no processo de tomada de decisões sobre o período final da sua vida. Dada a aproximação da sua linha moral ao ato de prover as condições materiais (ao nível da prescrição e disponibilização dos fármacos) e informativas (sobre a forma de auto-administração dos fármacos) ao doente, que nunca chegou a fazer uso desses meios e faleceu por enfarte agudo do miocárdio, a decisão médica de prestar auxílio no suicídio não suscitou um conflito pessoal nem perturbação emocional ao participante. Como se observa na próxima leitura do seu testemunho, o nefrologista entrevistado acredita ter agido em conformidade com os melhores interesses do doente e mostrou-se tranquilo se viesse a ser indiretamente responsável pela sua morte, isto porque foi apenas “o ladrão que fica à porta”.



*Eu não sou confuso... Sou muito confuso e sou pouco claro, às vezes, e portanto acabo por ser excessivamente direto. Eu fui claro a dizer que sim, que o fazia. Não fui meias-tintas. De tal maneira que forneci medicação a um doente. (...) Perguntei-lhe mesmo: 'Quer? Está-me a dizer que... Se quer ter as decisões da sua vida, há medicamentos, eu posso-lhos fornecer! Posso ajudá-lo, posso-lhe fornecer...' (...) Ele não me pediu diretamente ajuda. Aliás, quando eu lhe disse: 'Mas, se precisar, eu posso-lhe dar os meios para isso...' Ele disse-me: 'Mas está-me a dizer que me ajuda?' 'Estou! Eu posso-lhe dar as condições para tomar as decisões da sua vida nas suas mãos e fazer o que quiser. Posso-lhe dar medicamentos para isso.' (...) E ele disse-me qualquer coisa: 'Mas você fazia-me isso?' 'Fazia!' 'Não acredito, o que me está a dizer é ótimo!' 'Grato! Ok...' Ficou muito feliz. Tinha outra vez a vida dele nas mãos. Eu não sei se ele o faria. Mas tinha as condições... aquilo que ele queria, que era ter a vida dele nas mãos dele. (...) Ele também era uma pessoa pragmática! Era um administrador, portanto, as coisas são para tomar decisões e da maneira que ele tinha dito: 'Eu sempre tomei as decisões da minha vida! Ok, agora já posso ser senhor da minha vida outra vez!' A sensação é essa... Aliás, era aquilo que ele me tinha transmitido. (...) Ele fez um comentário, qualquer coisa assim: 'Você é fantástico!' Uma coisa assim desse género, porque a conversa foi toda nesse sentido. (...) Depois, eu comprei-lhe os remédios e dei-lhos. Ele não os podia comprar! Como é que ele, estando preso numa cadeira de rodas, ia a uma farmácia comprar medicamentos? Quando era transportado em ambulância, quer dizer...! (...) Numa diálise ou duas diálises depois, chamei-o ao gabinete e dei-lhe. Eu era o que estava à porta a ver se chegava alguém. Portanto, a única coisa que eu fiz foi entregar-lhe. Eu expliquei-lhe! Como se fosse uma coisa normal: 'Isto, vai fazer isto, isto e isto... Este tem que ter em atenção, que isto não produz efeitos imediatamente... Isto demora... Este medicamento acumula e, portanto, é preciso algum tempo para acumular. Se tomar depressa demais, muitos, o que vai acontecer é que pode começar a sentir isto..., isto..., isto... Portanto, aquilo que eu lhe proponho é que tome nas refeições, assim..., assim..., neste período, entre tantos... e tantos... Portanto, no período de intervalo maior da diálise. E o que vai sentir, quando acontecer, é que pode não sentir nada ou pode sentir isto e isto...' Assistência ao suicídio é aquilo que, no fundo, eu fiz quando dei condições ao doente. Para quem está de fora, não tenho dúvidas que sou o ladrão que fica à porta! Eu assumir que estava a dar condições a um doente para se matar... Não entrei, mas fiquei à porta. Não sou inocente quando o faço. De consciência tranquila! Não sinto má consciência, conhecendo-o como o conhecia e sabendo o que ele estava a passar e sabendo o que era, não me põe problemas nenhuns morais. Era o melhor! Era o melhor para ele ter o seu destino nas mãos! A decisão, depois, era dele. Aí o ser o ladrão que está à porta é muito mais fácil do que ser o ladrão que entra na casa. Houve a noção que estava a fazer o melhor por ele e que estava a fazer, de certa maneira, a minha obrigação como médico! Achei que lhe estava a dar aquilo a que ele tinha direito! (...) Não me criou nenhuma angústia, não me criou nenhuma insegurança. Achei que lhe estava a dar aquilo a que ele tinha direito! (...) Isso era o que ele queria e que era lúcido e que, provavelmente, ele tinha razão quando estava a tomar essa opção, porque a vida dele já não valia a pena ser vivida. (...) Ele foi levado do lar onde estava para o hospital [—]. Ainda o puseram em diálise, porque estava em edema pulmonar agudo, mas acabou por morrer durante a diálise. Ou sobrecarga ou enfarte agudo do miocárdio.*

[M8, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

Nestas palavras do nefrologista entrevistado revelam-se os detalhes da sua prestação de auxílio para o suicídio de um doente insuficiente renal crónico, que nunca chegou a ingerir a medicação letal. Embora o relato médico não nos permita saber se a não-utilização dos fármacos letais se deveu à morte súbita do doente por ocorrência inesperada de enfarte agudo do miocárdio

ou à reversão da sua decisão de cometer o suicídio, este testemunho torna evidente, por um lado, a necessidade do doente em saber que podia controlar o seu processo de morrer com a posse dos meios que lhe davam acesso à precipitação do fim da vida e, por outro lado, um sentimento de tranquilidade perante a possibilidade de usar a medicação letal para obviar o sofrimento quando este se tornasse insuportável. É, ainda, de salientar que alguns doentes que solicitam a prescrição de medicação letal não chegam a tomá-la, justamente porque a sua obtenção permite adiar o ato suicida até a um ponto em que a necessidade de terminar prematuramente a vida pode mesmo deixar de ser sentida pelo próprio doente. A título exemplificativo refira-se que no estado norte-americano do Oregon, onde o suicídio medicamente assistido se encontra despenalizado desde 1997, o número de receptores das prescrições de medicação letal tem sido sempre superior ao número de doentes que morreram na sequência da sua ingestão (de 218 prescrições e de 132 mortes, em 2015)<sup>106</sup>. Com uma taxa de não-utilização da medicação letal no estado do Oregon a rondar os 35% ao longo dos anos, e atingindo 39.45% já em 2015, torna-se possível concluir que a obtenção das prescrições de medicação letal não se traduz necessariamente na concretização do ato suicida, representando para esses doentes uma via de escape e uma opção de último recurso.

### **Subtema III.5: Aceitação dos Pedidos de Morte Medicamente Assistida:**

#### **Praticar a Eutanásia**

Neste estudo, todos os participantes experienciaram o fenómeno da recepção dos pedidos de eutanásia, tendo a esmagadora maioria respondido negativamente a esses apelos. Um médico nefrologista (M7) foi o único participante no estudo a responder positivamente a tais pedidos e a declarar ter estado envolvido, por quatro vezes, em práticas subterrâneas de eutanásia. Segundo o entrevistado, o seu quádruplo envolvimento na causação da morte a pedido de dois doentes com neoplasias pulmonares, um doente insuficiente renal crónico e um médico-doente com esclerose em placas teve lugar em domicílios, com o apoio de amigos, familiares ou colegas de profissão e com recurso à técnica da sedação e hetero-administração de cloreto de potássio. As mortes foram orquestradas fora dos contextos hospitalares, mediante arranjos de cumplicidade silenciosa entre os participantes nessas jornadas e a convicção médica de estar a servir os melhores interesses dos doentes. Como testemunharemos de seguida, o nefrologista acredita ter agido em conformidade com a sua linha moral, não obstante lhe ter custado emocionalmente praticar a eutanásia.

*São doentes e amigos que eu conhecia há longos anos... Tinha uma grande relação, conhecia a personalidade. Alguns casos, como o desse meu amigo [com esclerose em placas], tinha havido várias tentativas... Ele continuava a insistir! Portanto, não tive qualquer dúvida! Não tive qualquer dúvida que era a vontade deles! Consciente! De pessoas diferenciadas! Não tinha a menor dúvida! E, portanto, foi só uma questão de escolher a melhor oportunidade para efetivar.*

*A primeira foi uma grande amiga minha de infância que tinha uma neoplasia do pulmão. (...) E... 'Pronto, então vamos fazer isso, mas eu tenho que me proteger! Portanto, temos que envolver alguém da família neste assunto!' A família toda fugiu com o rabo à seringa e foi apenas uma amiga íntima que colaborou. Colaborou...? Esteve presente... A suportá-la, a aguentá-la, a dar-lhe o afeto... Pronto, depois combinou-se um dia e, com a presença dessa pessoa íntima, a coisa decorreu normalmente. A experiência que eu tenho é a forma extremamente digna das pessoas que optam pela eutanásia. Um comportamento de uma dignidade até ao fim, que é uma coisa impressionante! Ela bebeu a última cerveja ou o último whisky, fumou o último cigarro e, pronto, deitou-se e fez-se o devido.*

*O segundo caso foi o meu melhor amigo [médico-doente] que tinha uma esclerose em placas. Esclerose em placas, amputação, paralisia dos membros superiores. Ele tinha esclerose em placas e também teve o problema de isquemia do membro inferior e teve que ser amputado, porque aquilo provocava-lhe dores horrorosas. (...) Quando ele me pediu, eu disse logo que sim. Claro! (...) Ele disse: 'Olha, não encontro ninguém. Vais ter que ser tu!' E eu disse: 'Pronto, podes contar comigo! Se é isso que queres...' Aquilo era de tal forma insistente e era um tipo extremamente inteligente e estava perfeitamente com as suas capacidades todas presentes... De maneira que lá teve que ser. E aqui foi complicado, porque não foi logo à primeira. Da primeira vez não lhe consegui apanhar a veia. E ele insistia! O núcleo de amigos mais íntimos também sabia. De maneira que pedi a colaboração de um outro colega e foi feito em duas vezes. O outro colega que canalizou também concordava, mas não tinha coragem para o fazer... o ato propriamente dito. Acertámos as coisas: 'Tu vais, então, lá de manhã, fazes a canalização e nós vamos para lá da parte da tarde.' Combinámos assim. À hora do almoço ele saiu e cheguei eu, já com a veia canalizada. E, pronto, foi como aquilo se processou. E ele tinha feito, também, ainda uma tentativa pela boca, com medicamentos pela boca, mas que não resultou... Entre o meu falhanço e a segunda. Isso até era uma conversa do dia-a-dia, insistente! Sempre, com uma insistência espantosa! Isto ao longo de vários meses! É capaz de não ter chegado a um ano, mas foi bastante tempo... Porque era necessário tempo para arranjar as coisas! E, pronto, foi uma coisa simples... Para além desta carga, da insistência, foi simples. E também foi de uma dignidade! Esse foi com o último charro. Ele estava na cama, já estava acamado e, com um amigo ao lado, fumou o último charro. Das duas vezes! Nessa primeira que não resultou e na segunda, pronto... Ele já estava, portanto, com a veia canalizada, foi só pôr as coisas a correr. Portanto, é um tipo que queria claramente morrer. Esta também foi muita pesada!*

*Os casos da Nefrologia é um doente... diabético, amputado... (...) É claro que não podia ser feito num sítio público nem na clínica, não é? (...) De maneira que lá se combinou com ele e com um filho, que era com quem ele vivia, um dia ir lá a casa... Pimba! (...) O último caso também foi um doente em hemodiálise. É... parecido com o primeiro, porque este tinha também um cancro do pulmão. Este foi o último. (...) E expressou-me também a vontade. E foi mais ou menos a mesma coisa. Isso foi com a mulher dele, que era bastante mais nova, aliás! Combinámos um dia lá em casa e comecei lá a técnica. A técnica é (...) sedar o doente, cloreto de potássio e pronto!*

*Aquilo é um processo extremamente simples... Em termos de atuação é fácil. Não tem nada de complicado. A parte difícil é canalizar a veia. O estado emocional, geralmente, não é o melhor... (...) O positivo é ter correspondido à sua pretensão de uma forma justificada, consubstanciada. Não era uma vontadezinha! O aspeto negativo é a carga emocional que teve para mim. Aquilo custa fazer, emocionalmente...*

[M7, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

No testemunho anterior, o nefrologista entrevistado descreve-nos as suas experiências com “a forma extremamente digna das pessoas que optam pela eutanásia” e os arranjos informais que estabeleceu com pessoas íntimas dos doentes (em três casos) e com colegas médicos (só num caso, que foi o mais significativo para si) para se proteger e conseguir efetuar os procedimentos. Ao descrever as suas práticas de eutanásia, o entrevistado afirmou não ter tido quaisquer dúvidas em responder positivamente aos quatro pedidos formulados por dois amigos com uma neoplasia pulmonar e com esclerose em placas e, ainda, por dois doentes com insuficiência renal crónica seguidos numa clínica de hemodiálise. Ao contrário de outros apelos que não o convenceram, os quatro pedidos de eutanásia foram por si validados com base em dois argumentos: por um lado, na credibilidade e na persistência dos pedidos; e, por outro lado, na longa relação terapêutica e de amizade previamente estabelecida com os doentes, que lhe garantia o conhecimento aprofundado sobre as circunstâncias em que tais apelos foram formulados e a personalidade dos indivíduos que lhe pediram ajuda para morrer. Tal como já havia sido destacado por Tom Beauchamp e James Childress<sup>206(p147)</sup>, a natureza dos pedidos de morte medicamente assistida e a natureza da relação terapêutica entre médico-doente podem determinar a responsabilidade médica num ato de terminação da vida. Mediante a sua concordância com os apelos de ajuda médica para morrer, o nefrologista assumiu essa responsabilidade ao ter agido em prol da satisfação dos melhores interesses dos doentes e ter cumprido o seu compromisso de não-abandono dos próprios doentes.

Perante tais casos em que os médicos acreditam ter sido confrontados com pedidos sérios e genuínos de morte medicamente assistida, a questão ética predominante é saber se a validade dos pedidos torna permissível a prestação de ajuda médica nos atos de terminação da vida. De acordo com Tom Beauchamp<sup>65(p125)</sup>, a causação da morte pode ser errada, quando for errada, não por ser intencionada ou por ser provocada, mas sim pelo facto de uma pessoa ser prejudicada injustificadamente ou sofrer um dano irreversível; podendo, no entanto, ser acertada, quando for acertada, ao proporcionar um benefício à pessoa e servir os seus melhores interesses, mediante a ponderação dos ganhos e das perdas que resultariam da continuação da sua existência. Depois de fazer um balanço em que as perdas suplantam os ganhos, um doente determina que continuar a existir deixou de ser benéfico para si e, tal como nos quatro casos supramencionados, enceta um apelo de ajuda médica para morrer. À semelhança de Tom Beauchamp e James Childress<sup>206(p148)</sup>, também o nefrologista entrevistado acreditou que podem haver razões suficientes para respeitar as escolhas autónomas das pessoas e, nesse sentido, cumpriu a vontade dos doentes em morrer.

#### 5.7.4. Tema IV – Refletir sobre os Pedidos de Morte Medicamente Assistida

O quarto, e último, tema emergente das entrevistas realizadas a nove médicos que foram confrontados com pedidos de morte medicamente assistida refere-se às reflexões sobre as suas experiências com a vivência deste fenómeno, quer retrospectivamente com a análise do que poderiam ou gostariam de ter feito diferente e das memórias perenes quanto aos apelos de ajuda médica para morrer recebidos ao longo das suas práticas clínicas, quer prospectivamente com as tomadas de posição sobre uma eventual despenalização da eutanásia e do suicídio medicamente assistido em Portugal. Conforme notámos aquando da realização das entrevistas, a maioria dos participantes nunca tinha partilhado previamente as suas únicas experiências com a recepção dos pedidos de morte medicamente assistida e, consequentemente, fê-lo pela primeira vez no âmbito deste estudo. A este respeito, um oncologista entrevistado verbalizou o seguinte pensamento:

*Estou a pensar nisto pela primeira vez na vida! Eu sei que aquilo era um pedido! Mas eu não tinha refletido sobre o pedido, porque o que eu poderia fazer, sob o ponto de vista legal, fê-lo! Nós vivemos num país católico, onde a eutanásia não é um assunto que seja falado ou não é um assunto que seja falado tanto. Mais agora... E, portanto, havia quase que uma espécie de um pecado cultural ao falar no assunto, que poderia ser subentendido apenas, mas falado propriamente não.*

[M5, Masculino, ≥ 50 anos, Oncologia]

Este trabalho reflexivo constituiu um desafio extremamente útil para tornar visível o tabu da morte medicamente assistida e para mapear os constrangimentos de ordem moral e natureza religiosa que dificultam uma conversação franca e aberta sobre o “pecado cultural”. Refletir em voz alta sobre as experiências vividas com este fenómeno tão complexo e sensível exigiu um esforço acrescido por parte de cada um dos participantes no nosso estudo, na medida em que todos os médicos expressaram, a dado momento dos diálogos que estabelecemos, sentimentos de compaixão, de desconforto, de conflito e de ambivalência em relação aos vários apelos de ajuda médica para morrer que receberam, com os quais lidaram e aos quais responderam no decurso das suas trajetórias profissionais. As diversas reflexões médicas decorrentes dessas experiências vividas com a recepção, interpretação, exploração e resposta aos pedidos de morte medicamente assistida deram origem a três subtemas, que analisaremos seguidamente, a saber: olhar para trás – o ‘Eu’ projetado no passado; olhar em frente – perspetivas sobre uma futura despenalização da eutanásia e do suicídio medicamente assistido; e, por fim, o código de silêncio no presente.

#### Subtema IV.1: Olhar para Trás: o ‘Eu’ Projetado no Passado

Ao refletirem sobre as suas experiências com os pedidos de morte medicamente assistida, os participantes no nosso estudo recuperaram nitidamente as suas memórias com a vivência deste fenómeno e projetaram-se no passado de modo a reconstruírem os sentidos que tais experiências tiveram para si. Embora a maioria dos entrevistados se tenha identificado com os apelos de ajuda médica para morrer devido ao sofrimento intolerável e aos direitos individuais dos doentes que os formularam, houve dois casos particulares em que tais apelos suscitaram dilemas morais. Os únicos entrevistados do género feminino manifestaram, por um lado, sentimentos de dúvida e de arrependimento quanto ao curso de ação delineado (caso de M3) e, por outro lado, sentimentos de frustração e de ambiguidade entre as suas convicções pessoais e as situações concretas que vivenciaram (caso de M2). Para ambas as médicas internistas participantes no estudo, os pedidos de eutanásia que lhes foram dirigidos por parte de doentes oncológicos deveriam ter sido objeto de uma discussão mais alongada e ter sido explorados com recurso a estratégias terapêuticas alternativas que permitissem reverter os seus apelos para colocar um fim à existência. Atentemos, então, nos testemunhos das médicas internistas que melhor refletem as suas inquietações:

*Ela [médica-doente com uma neoplasia da mama] surpreendeu-me! Eu não estava nada à espera disto [do pedido de eutanásia]! Fui surpreendida e tive que reagir logo! Eu acho que teria lutado contra a minha ideia de que não a devia afastar das únicas pessoas de ligação afetiva que ela tinha, que eram as tais duas médicas e o médico. Eu teria corrido com eles do quarto para falar sozinha com ela. Eu acho que devia ter feito isso! É muito teórico... Não é nada afetivo... Por outro lado, acho uma grande maldade pô-la, nem que fosse meia-hora dos seus dois últimos dias de vida, longe das pessoas que realmente lhe diziam alguma coisa para estar meia-hora a falar comigo sobre O Sexo dos Anjos, afinal de contas! (...) Era melhor, se calhar, era para mim ter falado essa meia-hora com ela, sozinha. Era melhor era para mim! Para ela, não... Era igual.*

[M3, Feminino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Intensiva]

*Aquilo que me perturba mais é sentir que as pessoas tomam essa decisão de uma forma um bocadinho zangadas. A forma como vejo a eutanásia, e a minha identificação pessoal, é que é um gesto que faz sentido quando a pessoa realmente deixou de ter qualquer sentido. Mas em que isso não mexe com ela própria, não a deixa revoltada nem zangada com o mundo e com os outros. E, nas circunstâncias que acompanhei, não era essa a situação. E, portanto, vejo-me confrontada com circunstâncias em que percebo que as pessoas querem pôr fim à sua vida, e que eu percebo esse conceito perfeitamente, mas fico com a sensação que ficou sempre alguma coisa por fazer. Portanto, é esse o meu desafio! É, perante todas essas circunstâncias com que possa vir a ser colocada, excluir exhaustivamente tudo aquilo que possa ser feito no sentido de modificar a decisão da pessoa, sobretudo quando algo em mim me faz sentir que aquela decisão não é uma decisão em paz.*

[M2, Feminino, ≤ 40 anos, Medicina Interna e Paliativa]

Diferentemente das experiências vividas pelas duas médicas internistas que participaram neste estudo, a maioria dos médicos entrevistados manifestou sentimentos de compaixão e sinais de autoidentificação perante os pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido recebidos. Tais apelos desencadearam reflexões médicas aprofundadas em torno da natureza constitutiva (as suas essências) dos pedidos de morte medicamente assistida (casos de M6 e M9), reposicionaram os médicos para a ocupação dos lugares dos doentes que lhes solicitaram ajuda para morrer (caso de M4) e confrontaram-nos com a sua própria mortalidade (caso de M8). Nestas reflexões fomos capazes de vislumbrar um elemento comum às diferentes experiências médicas com o fenómeno em análise: a convicção de que o sofrimento se pode tornar intolerável para um doente com o prognóstico fechado e de que, nas circunstâncias extremas em que a sua permanência no mundo dos vivos deixou de ter sentido, deve ser socialmente reconhecido ao próprio doente o direito de pôr fim à existência com ajuda médica. Atentemo-nos, agora, nos próprios testemunhos médicos, a partir se dos quais tornam evidentes os três domínios de reflexão enunciados anteriormente.

Quanto à natureza constitutiva dos apelos e aos doentes que os formularam, repousemos nas reflexões exemplares de um médico hematologista (M6) e de um médico neurologista (M9) entrevistados sobre as suas experiências passadas com a recepção de pedidos de eutanásia:

*Este caso fez-me pensar bastante! E fez-me pensar bastante exatamente pela ausência de sofrimento físico na altura. Porque, para nós, é tudo muito mais simples resumirmos isto a uma pessoa com muitas dores. A gente dá-lhe muitos medicamentos para as dores e deixa de haver o pedido de eutanásia, não é? É a maneira mais simples... Pronto, ok: 'Muita morfina, acaba a eutanásia.' Isso é uma perfeita idiotice! (...) Não é aí que reside a verdadeira natureza do problema. (...) É as pessoas que morreram previamente. É as pessoas que já morreram e ainda têm o corpo vivo. Os que já saíram do corpo. É quando a vida não faz sentido nenhum. É quando já se resolveu tudo, como era o caso desta senhora [com um mieloma múltiplo]. Que é um caso exemplar! Este caso é verdadeiramente um caso exemplar! E dá para pensar muito... Porque qualquer pessoa que não aceite a eutanásia, que tenha muita dificuldade em aceitá-la, vai dizer logo: 'Não, não! Essa mulher estava era inadequadamente medicada ou não lhe deram o acompanhamento adequado ou (...) não teve psicólogos e não teve psiquiatras e não teve antidepressivos...' Tudo mentira! Ou: 'Não teve acompanhamento da família... Ou espiritual...' Tudo mentira! Teve o acompanhamento todo que quis! Há casos assim... Há pessoas que querem mesmo morrer!*

[M6, Masculino, ≥ 50 anos, Hematologia]

*Há pessoas que estão em grande sofrimento... (...) Tenho experiência do sofrimento das pessoas, sem dúvida! E que, de facto, o sofrimento às tantas pode ser insuportável para algumas pessoas. E as pessoas têm alguns direitos. Ou deve ser considerado que possam ter alguns direitos. (...) As pessoas hoje estão mais bem-informadas do que estavam no século passado ou há dois séculos... Porque razão não hão de dar direito a pensar se a sua vida vale a pena existir perante o sofrimento que possam ter? E, portanto, isso parece-me que a sociedade vai ter que repensar...*

[M9, Masculino, ≥ 50 anos, Neurologia]

No que respeita ao reposicionamento médico nos lugares dos doentes que lhes dirigiram apelos de ajuda médica para morrer e ao confronto com a sua própria mortalidade, destacamos as reflexões de um médico oncologista (M4) e de um médico nefrologista (M8) que entrevistámos:

*Ponho-me no lugar das pessoas e, se eu tivesse naquele lugar, eu pedia exatamente o mesmo! Fazia exatamente o mesmo pedido [de eutanásia]! Estão num lugar em que a situação de sofrimento e de dependência lhes é intolerável. Se eu estivesse numa situação de dependência absoluta e intolerável, sem possibilidade de recuperar, eu faria um pedido desses. E é por isso que nós não podemos ser paternalistas em relação a essas pessoas... Ao contrário do que se pensa, essas pessoas assumem aí a sua liberdade de seres pensantes e de seres com dignidade inerente ao ser humano. Esses pedidos derivam da liberdade individual e da assunção das pessoas como seres de pleno direito.*

[M4, Masculino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Oncologia]

*Eu já vi morrer muita gente. Alguns com muito sofrimento, alguns com muito pouco sofrimento. Alguns com muito sofrimento para mim, alguns quase sem sofrimento para mim. Portanto, eu tenho, em relação à vida e à morte, uma perspetiva que, sem querer ser sarcástico, como o [—], que diz que a vida é uma doença sexualmente transmitida com um prognóstico fechado... E é verdade, mas a gente vive com a morte, convive com a morte. Portanto, a morte não é, propriamente, uma coisa assustadora. O meu pai morreu à minha frente, a minha mãe morreu à minha frente. (...) Sei que todos nós vamos morrer. Portanto, o encarar a morte e assumir que uma pessoa decidiu deixar-se morrer, ou matar-se, não é uma coisa muito estranha para mim. Percebo! (...) Não tenho muito medo da morte... E ele [um doente insuficiente renal crónico, que lhe formulou um pedido de suicídio medicamente assistido] não tinha medo de morrer.*

[M8, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

#### **Subtema IV.2: Olhar em Frente: Perspetivas sobre uma Futura**

##### **Despenalização da Morte Medicamente Assistida**

A maioria dos médicos participantes neste estudo declarou ser tendencialmente favorável à legalização da morte medicamente assistida em Portugal. Ao refletir sobre essa possibilidade, a maior parte dos médicos entrevistados (M4, M5, M8 e M9) assumiu uma atitude favorável à despenalização de ambas as vertentes da morte medicamente assistida, manifestando, no entanto, reservas quanto ao seu envolvimento na ajuda ao suicídio e, sobretudo, na prática da eutanásia. A bipolarização de perspetivas sobre uma futura despenalização da morte medicamente assistida no nosso país não foi predominante neste estudo, dado que só três médicos entrevistados (M2, M6, M7) declaram ser completamente favoráveis à legalização de ambas as práticas e, por contraste, apenas dois médicos entrevistados (M1 e M3) expressaram a sua total oposição a uma eventual mudança legislativa. Recorde-se, a este propósito, que a eutanásia é punida nos artigos 133º e



134º do Código Penal Português (CPP), assim como a ajuda ao suicídio é punida no artigo 135º do CPP. Para além desta proibição legal de ambas as vertentes da morte medicamente assistida, o acesso dos médicos à prestação de ajuda no suicídio e à prática da eutanásia também está vedado no artigo 57º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Portuguesa. Atendendo ao vigente enquadramento ético-legal que proíbe a morte medicamente assistida em Portugal, iniciamos esta reflexão sobre uma eventual despenalização da eutanásia e do suicídio medicamente assistido no país com a perspetiva médica de forte oposição à alteração legislativa, prosseguindo a reflexão com perspetivas médicas tendencialmente favoráveis à legalização com salvaguardas e findando-a com perspetivas médicas completamente favoráveis à regulamentação de ambas as práticas.

No que respeita à absoluta oposição a uma eventual mudança legislativa manifestada por dois participantes no estudo (M1 e M3), tal atitude contrária à legalização da morte medicamente assistida foi justificada, segundo uma perspetiva secular, pela inaceitabilidade moral de antecipar a morte e pela existência de opções de cuidados de fim de vida, incluindo os Cuidados Paliativos, que constituem uma resposta alternativa aos pedidos de ajuda médica para morrer e satisfazem as necessidades de controlo sintomático e de apoio psicossocial e espiritual que estão na origem dos apelos encetados pelos doentes. Esta linha argumentativa é defendida por uma médica internista entrevistada (M3) que, como se observa abaixo, considera a legalização da morte medicamente assistida um problema económico derivado da escassa cobertura da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e, recentemente, da incipiente Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

*Sou contra a eutanásia exatamente porque, para mim, a legalização da eutanásia só passa por fatores económicos. É perfeitamente economicista! (...) Como eu encaro a eutanásia e o suicídio assistido: considero-os completamente desnecessários e um problema essencialmente económico. (...) Se houvesse realmente uma rede assistencial e, na área dos cuidados terminais, uma rede de Paliativos realmente eficiente, não havia necessidade de os doentes recorrerem ao suicídio, à morte assistida, à eutanásia, o que quiserem...! É tudo resultado de... sobretudo de solidão e de falta de assistência médica para obviar os sintomas. (...) Eu não acredito na eutanásia! Não acredito na necessidade da pessoa de morrer já hoje em vez de morrer daqui a três dias. Eu sou absolutamente atea e repugna-me a ideia da eutanásia! Não tem que ver com necessidades das pessoas. Nem pensar! Se a pessoa tiver condições para viver com dignidade e com qualidade de vida os últimos tempos, não precisa de ir contra um dos fundamentos mais importantes da humanidade, que é a preservação da vida! Não tem que ir contra isso! Não se justifica! É uma violência para uma pessoa ir contra a preservação da sua vida!*

[M3, Feminino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Intensiva]

Este testemunho permite-nos, ainda, constatar que na base da oposição médica à eventual regulamentação da morte medicamente assistida no país assenta o princípio da inviolabilidade da vida humana, consagrado no artigo 24º, nº 1, da Constituição da República Portuguesa (CRP).

Por contraste com uma atitude de absoluta oposição à mudança legislativa em Portugal, a maioria dos entrevistados (M4, M5, M8 e M9) adoptou uma atitude tendencialmente favorável à eventual despenalização da morte medicamente assistida no nosso país, mediante a existência de salvaguardas que restringissem ambas as práticas a opções de último recurso, destinadas a cessar o sofrimento intolerável manifestado por doentes em fim de vida que esgotaram todas as medidas terapêuticas e de conforto colocadas à sua disposição e lhes solicitaram a precipitação da morte de forma consciente, informada e bem-refletida. Para contextualizar este conjunto de perspetivas tendencialmente favoráveis à legalização da morte medicamente assistida em Portugal, damos voz ao único médico neurologista entrevistado (M9) que, diferentemente da médica internista anteriormente citada que associa este tema a um “problema essencialmente económico”, coloca a tónica da sua reflexão sobre o mesmo tema num problema de cariz deontológico e civilizacional.

*É um problema deontológico. (...) Eu posso discutir o problema da morte assistida em termos das civilizações ocidentais. Isto é um assunto que deve ser repensado pela sociedade, nomeadamente pelo legislador e pela Ordem dos Médicos, enquanto estrutura reguladora da classe. Não deve ser completamente ostracizado para sempre. Se fosse eu o legislador, naturalmente avaliava muito seriamente a replicação da lei, tal como está na Holanda e na Bélgica, em Portugal. Porque, apesar de tudo, acho que há situações em que as pessoas têm o direito a abreviar o sofrimento. Se a legislação o permitisse e se a Ordem dos Médicos o permitir, no enquadramento certo, eu não tinha nenhum problema em aceitar que alguns doentes têm direito. Não sei se seria essa a minha vocação... (...) Mas não teria nenhum problema, à partida, em poder ajudar as pessoas no seu sofrimento. Não tinha nenhum problema se o enquadramento fosse esse!*

[M9, Masculino, ≥ 50 anos, Neurologia]

A resolução deste “problema deontológico” por via de uma alteração legislativa similar à dos países europeus (Holanda e Bélgica) que despenalizaram a morte medicamente assistida em 2002 foi uma hipótese colocada pelos entrevistados. Quando a reflexão sobre o tema ultrapassou o enquadramento ético-legal e interpelou os próprios médicos face ao seu envolvimento pessoal na prestação de auxílio no suicídio ou na prática de eutanásia, os participantes tendencialmente favoráveis à despenalização de ambas as práticas estabeleceram limites para as suas intervenções clínicas assentes na essência da profissão médica e na defesa de melhores interesses dos doentes. Isto significa que, segundo as perspetivas a seguir relatadas por um médico oncologista (M4) e um médico nefrologista (M8), o papel do profissional de Medicina não se define por uma prática rotineira nem arbitraria da morte medicamente assistida, mas inclui a obrigação moral de, em situações excepcionais e no âmbito de uma relação terapêutica consolidada, ajudar na morte dos doentes com um prognóstico fechado, a seu pedido. Ao reconhecerem o direito de os doentes que

enfrentam uma condição de sofrimento inelutável a terminarem antecipadamente a existência, os participante declararam que se sentiriam, contudo, mais confortáveis a prestar auxílio no suicídio do que a praticar a eutanásia. No caso particular do nefrologista entrevistado (M8), a sua bússola moral pendeu mesmo para sentidos opostos, ou seja: recusando-se a praticar a eutanásia no papel de médico, mas tendo admitido tal possibilidade no papel de amigo ou familiar; e, por outro lado, afirmando ter prestado auxílio para o suicídio de um doente por uma questão de solidariedade.

*Aquilo que separa um médico de um assassino é a não-arbitrariedade! Portanto, um médico não pode arbitrariamente matar! Mesmo que lhe peçam! Agora, numa circunstância muito bem definida e tipificada, que corresponde comprovadamente à vontade da pessoa, não vejo porque é que o médico que ajuda a pessoa não a pode continuar a ajudar! (...) Eu não sou médico para ajudar as pessoas a suicidarem-se. Mas, se chegarmos a determinadas circunstâncias em que isso seja o genuíno desejo do doente, não sei porque não poderei eu prestar essa ajuda, sendo eu o médico do doente. Não percebo porque não! O meu papel de médico não é ajudar ninguém a matar-se. Mas, em determinadas circunstâncias, se alguém entender que quer genuinamente fazer isso, eu tenho obrigação de ajudar. Ou, por outra, devia ser uma obrigação minha ajudar. Porque é o interesse do meu doente! A essência da profissão médica é pôr o interesse do doente em primeiro lugar! O médico acompanha um doente meses ou anos... Percebe o contexto. Este contexto é um contexto completamente miserável! Com o meu aprofundar de experiência nesta especialidade vim a perceber que, de facto, os doentes têm o direito de manifestar a sua opinião e de a sua vontade ser satisfeita sempre que possível. Eu vejo isto mais a partir da perspectiva da pessoa que pede do que da minha perspectiva. Se o doente genuinamente tem vontade de pôr termo à sua vida, por uma razão que é absoluta – tem uma doença que só lhe vai causar mais sofrimento, não tem retorno nenhum –, essa vontade deve ser concedida.*

[M4, Masculino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Oncologia]

*A eutanásia só numa relação pessoal, muito profunda, excecional. Não digo que a uma pessoa da minha família, com quem tenha ligações afetivas muito profundas, não o fizesse. Como estava disposto para fazer a este meu amigo [médico-doente com uma doença neuromuscular grave]. Mas é a exceção da exceção da exceção! Fazer a eutanásia, eu não fazia ativamente... A não ser nas situações mais extremas, mais excecionais – a uma pessoa com uma relação pessoal muito grande de amizade ou a uma pessoa da minha família –, não seria capaz de a fazer. (...) Tirando a relação muito pessoal e muito longa que eu tinha, e de amizade, com o meu colega, não sei se facilmente, em relação a outra pessoa, tomaria essa decisão... Praticar, eu, a eutanásia. Teria sérias reservas. Sem uma relação pessoal muito, muito, muito forte, não faria, provavelmente, eutanásia a outra pessoa. Completamente fora do âmbito de como eu vejo a Medicina e de como eu quero praticar a Medicina! O praticar Medicina a fazer eutanásia, não! Eu não o faria. Não faria disso a minha profissão. Não trabalharia numa clínica de eutanásia, não daria apoio, por rotina, à maior parte das pessoas, porque não tenho uma relação mantida, longa e pessoal, para ter a certeza que é consciente, que não está deprimido, que é uma opção e que a própria pessoa o quer não só neste momento, mas daqui para a frente, para o resto da sua vida. Em situações extremas, em que eu não tenho dúvidas, dou acesso aos doentes a isso. Como dei! Posso dar! Dou esse direito, porque acho que algumas coisas são do foro pessoal e as pessoas têm direito de optar. Aqui era mais fácil, porque é uma atitude passiva. Era pôr-lhe nas mãos o que ele [doente insuficiente renal crónico, que formulou um pedido de suicídio medicamente assistido] precisava. Portanto, não era complicado. Não digo que não. Fi-lo [fornecido a medicação letal]! Estou de consciência tranquila, sem nenhum problema. Ser solidário... É uma questão de solidariedade.*

[M8, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

As reflexões atrás detalhadas revelam que a maioria dos entrevistados tendencialmente favoráveis à eventual despenalização da morte medicamente assistida no país tem sérias reservas quanto a envolver-se pessoalmente na prática da eutanásia, isto apesar de perspetivar o auxílio no suicídio como uma atividade moralmente menos problemática por implicar uma responsabilidade indireta na causação da morte do doente. Nas próximas reflexões partilhadas daremos conta dos relatos nos quais só três entrevistados para este estudo (M2, M6, M7) declararam, sem ressalvas, serem completamente favoráveis a uma futura legalização de ambas as práticas em Portugal e, ainda, manifestaram a sua disponibilidade para, no âmbito de um enquadramento ético-legal que torne lícitos tais atos médicos de antecipação voluntária da morte, prestarem ajuda no suicídio e praticarem a eutanásia (o que aconteceu, por quatro vezes, no caso do médico nefrologista M7).

Em primeiro lugar, destacamos a posição completamente favorável à mudança legislativa por parte de uma médica internista e paliativista entrevistada (M2), que também se sentiria muito mais confortável em prestar auxílio no suicídio do que em praticar a eutanásia. De acordo com o seu testemunho, que a seguir apresentamos, a vertente auto-administrada da morte medicamente assistida coaduna-se com a sua perspetiva de que deve ser o próprio doente a manter o controlo sobre as decisões do fim da sua vida, ao invés de proceder à transferência dessa responsabilidade para si mesma enquanto profissional de Medicina. Todavia, admite que, se a morte medicamente assistida fosse legalizada em Portugal, não invocaria o direito à objeção de consciência (previsto no artigo 37º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Portuguesa) aquando da receção de pedidos sérios de eutanásia, justamente porque a prática de tal ato não entra em conflito com a sua consciência e, inclusive, pode coexistir com a prestação de Cuidados Paliativos, sobretudo se estes cuidados não conseguirem reverter tais apelos nem aliviar um sofrimento extremo.

*Eu sou defensora da eutanásia. Portanto, em primeiro lugar, são sempre situações que me dizem muito. Porque percebo perfeitamente aquilo que as pessoas, no limite, me pedem. Percebo perfeitamente! Enquanto médica, sentir-me-ia muito mais confortável em que fosse o doente a tomar a substância letal. Pronto, ser-me-ia muito mais fácil, porque também é um bocadinho nessa perspetiva que vejo a eutanásia: como uma capacidade de o próprio gerir a sua vida. Mas obviamente que, numa situação de sofrimento extremo e, para alguém que está perfeitamente convicto do que quer, de uma forma tranquila, e não por revolta nem por zanga... Se for, do ponto de vista legal, permitido, e se a minha consciência assim o entender, acho que tenho que estar disponível para o fazer. Ao contrário do que algumas pessoas que trabalham em Cuidados Paliativos defendem, eu acho que uma coisa não obvia a outra. Acho que as duas coisas podem ser possíveis para a mesma pessoa. Numa circunstância em que os Cuidados Paliativos utilizam todas as técnicas e essas técnicas não resultam naquilo que é o sofrimento da pessoa, não é? Eu não vejo porque não a pessoa poder escolher o momento em que quer morrer.*

[M2, Feminino, ≤ 40 anos, Medicina Interna e Paliativa]

Concomitantemente, os últimos dois médicos entrevistados (M6 e M7) que afirmaram ser completamente favoráveis à despenalização da morte medicamente assistida em Portugal, e cujo o envolvimento em práticas de eutanásia foi reivindicado (caso de M6) ou mesmo concretizado (caso de M7), expressaram a sua concordância com tal mudança legislativa das seguintes formas:

*Eu sou a favor da legalização! Acho que é uma inevitabilidade histórica. Não tenho, atualmente, nada contra a minha utilização de qualquer um dos métodos a pedido do doente. E, às vezes, a morte é a melhor coisa. Muitas vezes a morte é desejada, porque o sofrimento é uma coisa horrível. E não redime! O sofrimento embrutece! A teoria que o sofrimento redime (...) é uma teoria que, a mim, não me diz nada. Não me diz rigorosamente nada! Porque como eu não acredito na redenção dos pecados pelo sofrimento... Porque o papel da redenção é a redenção dos pecados... Eu não acredito nisso! E como sei que, em algumas alturas, a única maneira de abreviar o sofrimento é a morte... A morte, muitas vezes, é desejada! Se é desejada, é procurada! Se eu aceito o suicídio como uma atitude racional e compreensível... (...) Se isso um dia for legalizado, não vou mandá-lo para um técnico de mortes assistidas. Ok? Isso, para mim, não faz sentido. Serão as minhas mãos a fazer! Nem sequer será uma enfermeira... Serão as minhas mãos! Não prescindo disso! As minhas funções com o meu doente vão até ao final da vida. (...) Eu tenho a técnica e fui eu que assisti a pessoa até àquela altura. É a extensão das minhas obrigações! É até onde ele quiser! (silêncio) O que eu estou a fazer é tratar o sofrimento. (...) Para mim só faz sentido estarmos a falar em eutanásia ou em suicídio medicamente assistido perante um caso de sofrimento. (...) Porque eu não abandono os doentes. Eu não abandono os meus doentes! (...) Por princípio, os meus doentes são meus doentes até ao último dia da vida! Eu acho que a vida é um bem disponível. E, por achar que a vida é um bem disponível, parece-me normal, em algumas alturas ou perante determinado tipo de expectativas, querer morrer. E que pode ser perante o sofrimento físico ou perante o sofrimento psicológico. São ambos, para mim, igualmente reais. Eu acho que a vida pertence ao doente. E o doente tem direito a dispor dela. O que estamos a falar é da antecipação voluntária da morte, seja de uma maneira, seja de outra, para resolver o sofrimento. Como tal, isto enquadra-se no tratamento do sofrimento associado a uma determinada patologia ou a uma determinada doença que eu estou a tratar.*

[M6, Masculino, ≥ 50 anos, Hematologia]

*Em termos de vivência própria, é uma atividade ou ação que compete ao médico como ajuda para o doente. Esta perspetiva de ajudar a acabar com um sofrimento atroz, sem esperança! Estas são as balizas para a realização da eutanásia que é, no fundo, um conceito que eu já tinha anteriormente. Realizei-o [por quatro vezes]! (...) Em termos de valores, acho que o médico tem que salvar a vida, tem que adiar a morte tanto quanto é possível, mas tem uma outra obrigação que, para mim, é a mais importante de todas, que é aliviar o sofrimento! E é aliviar o sofrimento com respeito pela pessoa, não é pôr a pessoa a dormir contra sua vontade [sedação paliativa]. Isso acho perfeitamente indecoroso. É uma falta de respeito pela pessoa! Portanto, temos que fazer aquilo que o doente quer. Quando há sofrimento sem esperança e o doente expressa a vontade, acho que é obrigação do médico colaborar na sua morte. Isto do sofrer sem esperança de uma pessoa consciente e que tenha a mínima diferenciação, se tem um pedido persistente e coerente sobre a sua pretensão, quanto a mim, enquanto médico, ao contrário do que diz o código deontológico, eu devo ajudá-lo! Não posso alhear-me: 'Não, se quiseres vai-te matar.' Não, não! A gente não pode abandonar uma pessoa que está nestas condições, tem que tentar aliviar o sofrimento. Se é com Cuidados Paliativos, se o doente aceita, com certeza. Mas se o doente insiste de uma forma coerente, se ele pretender morrer, é a função do médico! De quem é que há de ser? Não pode é dizer: 'Ah, então, suicida-te!' Isso é abandonar o doente, que sofre...*

[M7, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

A partir das duas reflexões anteriores observamos que um médico hematologista (M6) e um médico nefrologista (M7) participantes neste estudo justificaram a sua concordância absoluta com a despenalização da morte medicamente assistida no país, assim como a sua disponibilidade para prestarem auxílio no suicídio e praticarem a eutanásia, por um lado, com o argumento ético relativo à principal obrigação enquanto médicos de não abandonarem os doentes sem esperança e perante um sofrimento excruciante que lhes pedem coerente e persistentemente para antecipar a morte e, por outro lado, com a convicção íntima de que a vida é um bem disponível. Embora o milenar princípio da inviolabilidade da vida humana esteja consagrado no ordenamento jurídico português (artigo 24º, nº 1, da CRP) e o direito à vida constitua um dos direitos fundamentais mais protegido internacionalmente (consagrado no artigo 2º, alínea c, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos<sup>207</sup>), o médico hematologista (M6) que contesta este princípio, fá-lo por acreditar convictamente que “a vida pertence ao doente e o doente tem direito a dispor dela” para abreviar o sofrimento através da antecipação da morte. Em rigor, esta convicção foi partilhada por ambos os entrevistados, dado que o médico nefrologista (M7) também ultrapassou o princípio da indisponibilidade da vida humana e questionou a supremacia do bem jurídico vida quando praticou a eutanásia na perspetiva de “acabar com um sofrimento atroz, sem esperança”.

Por seu turno, o argumento centrado no não-abandono dos doentes foi utilizado pelos médicos hematologista (M6) e nefrologista (M7) entrevistados para justificar a sua concordância com a despenalização da morte medicamente assistida em Portugal e com o seu envolvimento pessoal em práticas de suicídio medicamente assistido e, sobretudo, de eutanásia. A este respeito, Timothy Quill e Christine Cassel<sup>179,181</sup> arguíram que o não-abandono é a obrigação ética central dos profissionais de Medicina nas relações terapêuticas estabelecidas com os doentes (variável consoante os seus valores, as suas personalidades e circunstâncias clínicas, a par de depender das experiências partilhadas entre ambos); refletindo, ainda, um compromisso de longa duração que contempla a prestação de cuidados curativos ou de conforto e exige um processo coparticipado na tomadas das decisões mais difíceis no fim da vida. Reforçando esta ideia de compromisso, o médico hematologista (M6) foi peremptório em afirmar que “eu não abandono os meus doentes” até ao último dia de vida e que, mediante a mudança legislativa e a receção do pedido, “serão as minhas mãos a fazer” a eutanásia, isto porque “é a extensão das minhas obrigações”. Esta ideia é corroborada pelo médico nefrologista (M7), cujas mãos foram efetivamente usadas para praticar quatro vezes a eutanásia, sob pena de votar amigos e doentes ao abandono de mortes solitárias.

### **Subtema IV.3: Código de Silêncio no Presente**

As experiências vividas pela maioria dos participantes neste estudo com os fenómenos da recepção de pedidos de morte medicamente assistida e, sobretudo, da prestação de auxílio para o suicídio (no caso de M8) e da participação em práticas subterrâneas de eutanásia (no caso de M7) mantiveram-se silenciadas nas suas memórias. Com a exceção de quatro médicos entrevistados que declararam terem partilhado os apelos de ajuda médica para morrer recebidos durante as suas práticas clínicas com os profissionais de saúde das suas equipas de Cuidados Paliativos (casos de M1 e M2) e de Transplantação (caso de M6), assim como com três colegas médicos e um padre ortodoxo (caso de M3), os demais cinco médicos entrevistados reservaram-se ao silêncio até ao momento em que participaram neste estudo e, pela primeira vez, reconstruíram as suas memórias vívidas e falaram sobre a vivência dessas experiências singulares. No que respeita a dois médicos oncologistas (M4 e M5) e a um médico neurologista (M9) que se remeteram ao silêncio quanto à recepção dos pedidos de eutanásia e que se recusaram a participar neste tipo de práticas de morte medicamente assistida, o seu maior desafio verbalizado aquando da realização das entrevistas foi a luta interior travada entre os limites deontológicos e legais que os sustentaram do “lado certo” das suas linhas morais e as suas convicções pessoais de que deveriam ter agido em conformidade com os pedidos de ajuda médica para morrer e, consequentemente, antecipado a morte de dois doentes oncológicos e um doente com esclerose lateral amiotrófica. Por contraste, os únicos dois médicos entrevistados, pertencentes à especialidade nefrológica, que ultrapassaram a fronteira da legalidade e prestaram auxílio ao suicídio de um doente insuficiente renal crónico (caso de M8) e praticaram subterraneamente a eutanásia por quatro vezes (caso de M7), mantiveram o silêncio relativamente ao seu envolvimento nas práticas de morte medicamente assistida devido ao receio de serem descobertos e ostracizados dentro da classe médica, perderem as cédulas profissionais (por violação do artigo 57º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Portuguesa) e serem acusados criminalmente (ao abrigo dos artigos 133º, 134º e 135º do Código Penal Português). Embora, em ambos os casos, os médicos nefrologistas acreditem que as suas respostas positivas aos sérios apelos de ajuda para morrer que receberam por parte de doentes renais, oncológicos e neurológicos se justificaram moralmente pelo sofrimento intolerável manifestado pelos próprios doentes e pela possibilidade de lhes restituírem controlo sobre o processo de morrer, tal racional subjacente aos seus cursos de ação perpetrados não foi suficiente para quebrarem o silêncio.

No caso do médico nefrologista (M8) que declarou ter fornecido medicação letal a pedido de um doente insuficiente renal crónico em hemodiálise, a sua determinante recusa em falar com colegas, amigos ou mesmo familiares sobre o assunto recaiu não só no receio de ser descoberto, mas também num traço de personalidade individualista. Revela-nos, o próprio, que não falou:

*Porque não! Porque sou profundamente individualista! Eu sou, provavelmente, das pessoas mais individualistas que existe à face da terra. (...) Decido por mim! Avanço sozinho! Faço aquilo que tenho que fazer! Se houver companheiros de caminho, ainda bem. Se for sozinho, se não houver companheiros de caminho, e se eu achar que tenho que avançar, vou sozinho! Sempre fui assim. Sou profundamente individualista! Conto comigo, não conto com mais ninguém. Conto com a família, com a minha mulher. (...) Há um certo número de coisas que não preciso de discutir. (...) (silêncio) Não diz respeito a mais ninguém! Não vale a pena estar a criar confusões na cabeça da... A minha mulher já percebe muito de Medicina [—], mas há um certo número de coisas que não vale a pena estar a gerar confusões. Não... É pessoal! Isto é uma relação médico-doente. (...) Situações pessoais de doentes são pessoais. Não discuto, mesmo sendo anonimamente.*

[M8, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

Diferentemente, o médico nefrologista (M7) evidenciou a existência de um imenso peso emocional inerente ao ter praticado a eutanásia a um doente com esclerose em placas, com a ajuda de amigos médicos que, em silêncio, mantiveram na clandestinidade as suas ações secretas.

*Sobre ele [médico-doente com esclerose em placas] falamos constantemente e relembramos sempre no dia em que morreu. Somos quase como Os Amigos de Alex [filme]! (...) Em termos de relacionamento interpessoal, não afetou absolutamente em nada! Não alterou em nada! Como tu dizes, apenas, talvez tenha reforçado... Talvez tenha reforçado. Mas é difícil, porque já éramos tão íntimos! Mas houve ali um envolvimento afetivo evidente... (...) Reforçou por estarmos a partilhar um segredo! (...) Mas nunca mais falámos sobre isso, sobre o ato [de eutanásia]. Nunca mais falámos! Nunca mais falei com ninguém, a não ser contigo. (...) Não me recordo de alguma vez se ter voltado a falar sobre o ato... Acho ser desnecessário estarmos a reviver um período que nos custou. Aquilo custou muito! Muito! E a todos eles [médicos que colaboraram]! O ato em si é um ato doloroso para quem o pratica. Quando existe um grande envolvimento afetivo, custa mais porque é pormos o fim da vida a uma pessoa de quem nós gostamos. Provocar a morte a alguém não é uma coisa simples. Apesar de sabermos que é para bem e que é o que ele quer, (...) é sempre muito difícil! É doloroso. Geralmente chora-se depois disso...*

[M7, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]

Os últimos relatos revelam um código de silêncio sobre as práticas subterrâneas de morte medicamente assistida no momento presente em Portugal, tal como R. Jeffery Kohlwes e col.<sup>200</sup>, Steven Dobscha e col.<sup>202</sup> e J-J Georges e col.<sup>25</sup> já o haviam identificado em estudos semelhantes realizados junto de médicos confrontados com pedidos de suicídio medicamente assistido e de eutanásia nos EUA e na Holanda. O gritante silêncio em território nacional deveria interpelar a nossa reflexão sobre o quão crítico é para a profissão médica não abrir espaço para este diálogo.



## 5.8. Limitações do Estudo

As principais limitações deste estudo, cujos resultados foram anteriormente apresentados e discutidos com detalhe, reportam-se à técnica de recolha de dados (entrevista semi-diretiva), à dimensão e composição da amostra (definida por nove médicos especialistas em Anestesiologia, Medicina Interna e Paliativa, Oncologia, Hematologia, Nefrologia e Neurologia) e, ainda, ao processo de análise do material experiencial por parte da autora do estudo (distância analítica).

No tocante à primeira limitação metodológica, importa frisar que, quando inicialmente nos propusemos realizar esta investigação fenomenológica, considerámos oportuno realizar duas entrevistas a cada participante neste estudo com o intuito de: na primeira entrevista, de cariz mais conversacional, obter uma descrição detalhada sobre a natureza das experiências vividas aquando da receção, exploração e resposta aos pedidos de morte medicamente assistida; e, na segunda entrevista, de cariz hermenêutico, mobilizar todos os médicos entrevistados a colaborarem na interpretação dos significados que essas experiências tiveram para si, nomeadamente através de reflexões sobre as suas narrativas prévias centradas nas vivências deste fenómeno. Segundo Max van Manen<sup>45(pp98,99),46(p317)</sup>, a entrevista hermenêutica poderia ser utilizada como uma técnica de *follow-up* da primeira entrevista, a fim de trazer ganhos interpretativos ao estudo e densificar a análise temática orientada pelas questões fenomenológicas do projeto de investigação. Ainda que não devamos partir do princípio que os médicos entrevistados estivessem disponíveis ou fossem capazes de reinterpretar os significados inerentes à vivência do fenómeno, a análise temática das primeiras e únicas entrevistas efetuadas é indicativa de que teria sido profícuo discutir com os entrevistados o vasto material experiencial recolhido com recurso a um guião de entrevistas (Apêndice D). Materializando esse cenário desejável, mas não concretizado, o passo seguinte à análise temática das entrevistas transcritas na íntegra (Apêndice E) seria elaborar um documento sumário para cada participante com os principais temas emergentes na primeira conversa e fornecer o sumário temático individual ao próprio participante aquando da realização da segunda conversa. Esta entrevista hermenêutica ter-nos-ia permitido: reviver a experiência de cada entrevistado com a receção dos apelos de ajuda médica para morrer; clarificar os conteúdos e interpretar os significados imbuídos nas histórias pré-contadas e recuperadas pela memória; determinar se os temas inscritos no sumário temático individual descreveriam a essência da sua experiência ou deveriam ser reconfigurados. Os constrangimentos temporais para a execução do trabalho de campo (que decorreu durante cinco meses, entre Junho e Outubro de 2014) e as

dificuldades em agendar com os participantes no estudo as primeiras entrevistas explicam, em grande medida, o facto de não termos prosseguido com a ideia inicial de efetuar as segundas entrevistas hermenêuticas. No entanto, julgamos que as primeiras e únicas entrevistas (com uma duração média de duas horas) realizadas foram suficientemente aprofundadas para nos permitir conhecer pormenorizadamente as experiências vividas por nove médicos portugueses com este fenómeno da receção, exploração e resposta aos pedidos de morte medicamente assistida.

Por conseguinte, a segunda limitação metodológica deste estudo reporta-se à dimensão e à composição da amostra intencional delineada para aceder à essência das experiências vividas com apelos de ajuda médica para morrer. O pequeno número de nove médicos que entrevistámos possibilitou-nos, pela primeira vez a nível nacional, apreender a riqueza e a profundidade das suas diferentes experiências com o fenómeno em análise, mas deve simultaneamente questionar-nos sobre a impossibilidade de replicar este estudo a outro conjunto de profissionais de Medicina ou noutros espaços institucionais (hospitais públicos e privados), devido ao tamanho reduzido da amostra e à natureza contextual do material experiencial. Para além de os resultados deste estudo fenomenológico não serem generalizáveis, também importa reconhecer que nos permitem aceder apenas de forma indireta aos emissores (doentes) dos pedidos morte medicamente assistida. Esta amostra é exclusivamente composta pelos receptores dos pedidos, ou seja, por profissionais de Medicina pertencentes às especialidades clínicas de Anestesiologia, Medicina Interna e Paliativa, Oncologia, Hematologia, Nefrologia e Neurologia. A inclusão de outras especialidades clínicas, tais como a Psiquiatria, teriam enriquecido o conhecimento deste fenómeno. Acresce, a isto, que o nosso estudo teria beneficiado de uma amostra mais ampla e diversa em termos de género e de dispersão geográfica, atendendo a que só dois entrevistados são mulheres (médicas internistas) e que somente estão localizados nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e na região Centro do país.

Por fim, a terceira limitação metodológica desta investigação remete para a ausência de um auditor externo, idealmente perito na abordagem fenomenológica-hermenêutica desenvolvida por Max van Manen<sup>45-46,194</sup>, que procedesse à revisão dos temas e subtemas fenomenológicos emergentes das entrevistas e fornecesse um parecer técnico quanto à adequabilidade das análises temáticas e da interpretação dos resultados sobre as experiências vividas por nove médicos com pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido. Para a autora deste estudo revelou-se bastante árduo manter uma distância razoável na análise do fenómeno, pelo que o seu desafio nietzschiano residiu na tentativa de encontrar o ponto certo de observação: a “meia encosta”<sup>208</sup>.

## 6. Conclusões

Uma possível compreensão da experiência vivida por médicos portugueses com pedidos de morte medicamente assistida recebidos no decurso das suas práticas clínicas constitui o cerne desta investigação fenomenológica. Para acedermos à essência das suas experiências vividas com pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido formulados pelos doentes, adoptámos um método fenomenológico-hermenêutico<sup>45-46</sup> que nos permitiu apreender os diversos significados que a recepção dos apelos de ajuda médica para morrer tiveram para os nove participantes neste estudo, especialistas em Anestesiologia, Medicina Interna e Paliativa, Hematologia, Oncologia, Nefrologia e Neurologia. Mediante a análise de um vasto material experiencial, recolhido a partir de entrevistas, tornou-se possível identificar quatro temas fenomenológicos sobre as experiências vividas pelos médicos receptores de pedidos de morte medicamente assistida, os quais se referem à abertura médica para ouvir os apelos recebidos (primeiro tema), à interpretação e à exploração desses apelos (segundo tema), às diversas respostas médicas que foram dadas aos apelos (terceiro tema) e, ainda, às reflexões médicas retrospectivas e prospetivas sobre tais apelos (quarto tema).

O primeiro tema fenomenológico emergente das entrevistas sinalizou a importância de se estar aberto para ouvir os pedidos de morte medicamente assistida. Neste tema, os médicos que entrevistámos procuraram integrar a recepção dos apelos nas suas longas trajetórias profissionais (com todos os entrevistados a acumularem mais de vinte anos no exercício da prática clínica, à exceção de uma médica internista e paliativista que exerce há dez anos) e salientar que não experienciaram frequentemente este fenómeno. Embora os pedidos de eutanásia e, sobretudo, os pedidos de suicídio medicamente assistido tenham sido raramente recepcionados, os médicos descreveram as suas experiências com o fenómeno como sendo perturbadoras, surpreendentes, intensas e marcantes emocionalmente. O forte impacto emocional suscitado pela recepção dos apelos de ajuda médica para morrer está retratado na literatura<sup>25,203,209</sup>, explicando em grande medida o porquê de ficar presente para ouvi-los ter sido uma escolha difícil. A par de todos os entrevistados terem encetado uma escuta ativa dos doentes e dos colegas de profissão que lhes dirigiram tais apelos, importa frisar que o grau de explicitação dos pedidos variou em função das relações terapêuticas e de amizade pré-estabelecidas. Apenas dois entrevistados, pertencentes às especialidades oncológica e nefrológica, declararam terem recebido pedidos implícitos de morte medicamente assistida, os quais se caracterizam por mensagens subliminares enviadas por parte

dos doentes (talvez por medo de não serem acolhidos nas suas pretensões de antecipar a morte), na expectativa de que os seus conteúdos não-ditos e subentendidos fossem resgatados – como foram num caso – e discutidos abertamente pelos próprios médicos. Os demais sete entrevistados receberam exclusivamente pedidos explícitos de eutanásia, por parte de outros médicos e doentes oncológicos, neurológicos e insuficientes renais crónicos; com exceção de uma médica internista que, concomitantemente, declarou ter recebido pedidos explícitos de assistência ao suicídio por parte de doentes infecciosos. Independentemente do grau de explicitação, os pedidos de morte medicamente assistida subsistem encrustados nas memórias dos entrevistados, especialmente quando advieram de amigos e de membros do seu grupo de pares (profissão médica).

O segundo tema fenomenológico que emergiu das entrevistas permitiu-nos interpretar e explorar os significados dos pedidos de morte medicamente assistida, a partir da perspetiva dos médicos que os ouviram. Aquando da recepção dos apelos de ajuda médica para morrer, a maior parte dos entrevistados empenhou-se em iniciar um trabalho de detective para tentar perceber o que é que os doentes lhes queriam realmente dizer e desvendar as motivações subjacentes a esses apelos. O elemento comum a este processo de avaliação dos pedidos por parte dos participantes no estudo é a multiplicidade de significados por detrás da vontade dos doentes em colocarem fim à sua existência. As camadas sobrepostas de sentidos depositadas em cada pedido de eutanásia e suicídio medicamente assistido colocaram os entrevistados perante o enorme desafio de controlar sintomas físicos e a impossibilidade de debelar as dimensões não-físicas do sofrimento manifesto pelos doentes que persistiram na intenção de provocar a morte com auxílio médico. Os esforços interpretativos efetuados pelos participantes neste estudo permitiram-nos aceder indiretamente às razões pelas quais os doentes lhes dirigiram pedidos de morte medicamente assistida. Segundo os participantes, os pedidos de eutanásia formulados num registo autoritário (*pedidos-ordens*) foram interpretados como manifestações de sofrimento existencial (por desintegração intrínseca e perda de sentido na vida) e sofrimento altruísta (por inadmissão do tempo de espera para morrer diante de um elo de ligação significativo entre mãe-filho). Quando resultaram do insucesso terapêutico e da inevitabilidade de progressão da doença (*pedidos-fracassos*), os pedidos de eutanásia foram interpretados como uma racionalização da situação clínica e por ausência de esperança no futuro. Para além destes motivos, os participantes interpretaram os pedidos de eutanásia e, sobretudo, de suicídio medicamente assistido como derivações da perda de autonomia individual, diminuição da qualidade de vida, intolerância à autoimagem, degradação física e sobrecarga para as famílias.

Com base nestes esforços interpretativos para deslindar os múltiplos significados inerentes aos pedidos de morte medicamente assistida, os participantes no estudo desenvolveram um trabalho de exploração dos apelos de ajuda médica para morrer que nos permitiu identificar três diferentes estratégias adoptadas para examiná-los, a saber: uma evasão aos *pedidos-fracassos* de eutanásia recebidos por dois médicos oncologistas e um médico neurologista, que evitaram explorar o tema e justificaram tal atitude evasiva com o receio de infligirem mais sofrimento aos doentes e com a limitação deontológica e proibição legal que “elimina liminarmente o problema”; uma inaptidão para lidar com os *pedidos-ordens* de eutanásia recebidos por uma médica internista e um médico anesthesiologista-paliativista, que para além de não conseguirem modificá-los, apesar dos esforços encetados na avaliação da depressão, no controlo de sintomas físicos (com destaque para a dor e a dispneia) e na provisão de apoio espiritual, também manifestaram sentimentos de impotência e frustração por se depararem com demasiados constrangimentos ao tentar, sem sucesso, explorar a génese de tais apelos firmes e rígidos; uma escalpelização dos pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido recebidos por quatro entrevistados (uma médica internista-paliativista, um médico hematologista e dois médicos nefrologistas) empenhados em consolidar a exploração dos significados imbuídos nos apelos, com a colaboração de elementos das equipas interdisciplinares de prestação de cuidados (demais médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos), com o esgotamento de todas as hipóteses de intervenção e com a utilização de medidas de conforto.

O terceiro tema fenomenológico emergente das entrevistas possibilitou-nos conhecer os modos diferenciados pelos quais os participantes procuraram responder aos pedidos de morte medicamente assistida. A maioria dos entrevistados respondeu negativamente a pedidos sérios de ajuda médica para morrer, adoptando outras decisões médicas em fim de vida que se encontram legitimadas eticamente e estão legalmente disponíveis (controlo sintomático, cuidados paliativos e sedação paliativa) e, num caso atípico, dando permissão implícita a um colega médico-doente e à família para executar o pedido. Apenas dois entrevistados, ambos pertencentes à especialidade nefrológica, responderam positivamente, por um lado, a quatro pedidos de eutanásia e, por outro lado, a um pedido de suicídio medicamente assistido. Para determinarem o sentido – negativo ou positivo – das respostas aos apelos, todos os médicos entrevistados consultaram as suas próprias bússolas morais e ponderaram o quão longe iriam nessa jornada. Quanto aos sete participantes que recusaram explicitamente os pedidos de morte medicamente assistida, as suas linhas morais permaneceram fechadas e inamovíveis, tendo sido traçadas por referência não só às sanções

deontológicas e condenações penais que adviriam do eventual envolvimento em práticas ilícitas, mas também às ameaças que tais práticas representam para a integridade da profissão médica e para os doentes vulneráveis (especialmente com sintomas depressivos). Por contraste, os dois únicos entrevistados que aceitaram os pedidos de morte medicamente assistida, ultrapassando as barreiras deontológicas e penais em vigor no nosso país, fizeram-no tendo em consideração os dinamismos referenciais das suas linhas morais; as quais foram sendo traçadas abertamente e por referência às circunstâncias específicas dos doentes que lhes dirigiram apelos motivados pelo sofrimento excruciante, assim como por estarem convictos da credibilidade desses apelos e do direito de os doentes mentalmente competentes a assumir controlo sobre o processo de morrer. O corolário da análise dos mecanismos deliberativos que fundamentaram as decisões de rejeitar ou aceitar os apelos é, por um lado, a posição *rule-oriented* assumida pela maioria dos participantes ao declinarem a possibilidade de se envolver em práticas ilegais de morte medicamente assistida e, por outro lado, a posição *context-driven* assumida por apenas dois participantes que estiveram envolvidos em práticas subterrâneas de eutanásia e suicídio medicamente assistido. Em virtude da recusa explícita dos pedidos foram adoptadas, em alternativa, três decisões médicas em fim de vida: a priorização do controlo sintomático (em dois casos); a provisão de cuidados paliativos (num caso), que não modificaram os pedidos de eutanásia; e a sedação paliativa (em três casos), que procurou anular os pedidos de eutanásia e, segundo uma médica internista, serviu para “obter tempo e um parecer da Comissão de Ética para decidir o que é que era justo e correto de ser feito perante uma situação” em que nada resultou e que a incomodou profundamente, porque “aquilo que eu sinto é um bocadinho hipocrisia daquilo que é a boa prática médica”. Num caso, a recusa explícita do pedido de eutanásia formulado por um médico com esclerose lateral amiotrófica foi concomitante com a permissão implícita à filha enfermeira para executar o ato, sem interferência do seu médico neurologista que “estava a ver que aquilo se ia passar” mas não deu conhecimento desse plano familiar às autoridades competentes. Nos dois casos remanescentes em que os apelos já foram aceites: um médico nefrologista praticou, quatro vezes, a eutanásia a pedido de doentes e amigos (um dos quais, também médico) com quem mantinha longas relações terapêuticas e de amizade; sendo que outro médico nefrologista prestou auxílio para o suicídio de um doente que não chegou a ingerir a medicação letal. Enquanto os atos eutanásicos envolveram uma enorme carga emocional, o ato de prescrever e prover a medicação letal não gerou “má consciência”, isto porque “ser o ladrão que está à porta é muito mais fácil do que ser o ladrão que entra na casa”.

O quarto tema fenomenológico que emergiu das entrevistas forneceu-nos elementos para refletir sobre os pedidos de morte medicamente assistida recebidos pelos participantes no estudo ao longo das suas trajetórias profissionais, segundo uma lógica retrospectiva (em que os médicos se projetaram nas suas experiências passadas com o fenómeno e pensaram no que gostariam ter feito de diferente), segundo uma lógica prospetiva (em que os médicos se posicionaram perante uma despenalização da morte medicamente assistida eventual e futura no país), e atendendo ao momento presente (em que os médicos destacaram a existência de um código de silêncio sobre os pedidos e, em particular, as suas práticas subterrâneas de assistência ao suicídio e eutanásia). Para a maioria dos entrevistados, este trabalho reflexivo a respeito das suas experiências vividas aquando da receção, interpretação, exploração e resposta a apelos de ajuda médica para morrer foi realizado, pela primeira vez, no âmbito desta investigação. Justamente porque nunca haviam partilhado previamente as suas experiências vividas com o fenómeno, as reflexões dos médicos entrevistados sobre este “pecado cultural (...), que poderia ser subentendido apenas, mas falado propriamente não”, adquirem uma importância acrescida para o aprofundamento e o avanço do conhecimento científico. Quando instados a olhar para trás, a maioria dos entrevistados sentiu-se confortável com cursos de ação seguidos em resposta a pedidos de morte medicamente assistida, isto porque se mantiveram do “lado certo” das suas linhas morais consentâneas com os limites estabelecidos nos códigos deontológico e legal. Excepcionalmente, duas médicas internistas, que optaram pela sedação paliativa de doentes oncológicos (um dos quais, colega de profissão) em alternativa aos pedidos de eutanásia, manifestaram dúvidas e arrependimentos sobre as decisões tomadas por, num caso, não ter escalpelizado o apelo e, noutros casos, ter ficado “sempre alguma coisa por fazer”. As reflexões retrospectivas sobre pedidos de eutanásia e suicídio medicamente assistido recepcionados suscitaram, ainda, um confronto médico com a sua própria mortalidade e sentimentos de autoidentificação médica com apelos motivados por um sofrimento intolerável, porque “essas pessoas assumem aí a sua liberdade de seres pensantes e de seres com dignidade inerente ao ser humano”. Olhando em frente, ao perspetivar uma futura despenalização da morte medicamente assistida em Portugal, a maioria dos entrevistados foi tendencialmente favorável à eventual mudança legislativa, ainda que tenha manifestado sérias reservas em estar pessoalmente envolvido na prestação de auxílio ao suicídio e, sobretudo, em práticas de eutanásia. Os únicos dois médicos (um anestesiológico-paliativista e uma internista) que se opuseram radicalmente a uma alteração legislativa, fizeram-no por considerarem que ambas as práticas atentam contra o

matricial princípio da inviolabilidade da vida humana, minam a integridade da profissão médica e constituem um “problema essencialmente económico” derivado da escassa resposta assistencial da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e da recente Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Por contraste, a maioria dos entrevistados tendencialmente favoráveis à legalização da morte medicamente assistida colocou a tónica das suas reflexões prospetivas na discussão de um “problema deontológico” e na defesa de que “a essência da profissão médica é pôr o interesse do doente em primeiro lugar”. Mas, apesar de terem determinado situações extremas e excepcionais segundo as quais a existência prévia de relações terapêuticas prolongadas com doentes e relações afetivas íntimas e aprofundadas com amigos ou familiares justificaria a participação em atos de eutanásia, tais entrevistados tendencialmente favoráveis a uma mudança legislativa mostraram-se relutantes em envolverem-se rotineiramente nos atos, que estão “completamente fora do âmbito de como eu vejo a Medicina e de como eu quero praticar a Medicina”. Todavia, o envolvimento médico na assistência ao suicídio foi perspetivado como um ato moralmente menos problemático que a eutanásia por vários entrevistados, porque a provisão de medicação letal autoadministrável pelo doente constitui apenas “uma atitude passiva”, reforça a “capacidade de o próprio gerir a sua vida” e, assim sendo, representa uma “questão de solidariedade”. A responsabilidade médica na causação e na facilitação da morte de doentes a seu pedido só foi assumida, sem reservas, por três participantes no estudo (uma médica internista-paliativista, um médico hematologista e um médico nefrologista) completamente favoráveis à despenalização de ambas as vertentes da morte medicamente assistida. Para justificar a sua concordância com a mudança legislativa e com a sua eventual participação em práticas de eutanásia, uma médica internista-paliativista distancia-se da posição antagonista assumida por outra médica internista supracitada, considerando possibilidade de vir a satisfazer pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido “numa circunstância em que os Cuidados Paliativos utilizam todas as técnicas e essas técnicas não resultam naquilo que é o sofrimento da pessoa”. Daqui se depreende que a médica defende a complementaridade entre a terminação voluntária da vida e a palição<sup>77</sup>, assumindo uma posição próxima do modelo de Cuidados Paliativos Integrais, segundo o qual a morte medicamente assistida “poderia ser equacionada como uma hipótese viável no fim de um acompanhamento através de Cuidados Paliativos”<sup>44(p327)</sup>. Acresce que os argumentos utilizados pelos dois médicos, pertencentes às especialidades hematológica e nefrológica, que também adoptaram uma atitude completamente favorável a uma alteração legislativa e equacionaram a possibilidade – num caso, efetivada – de



participarem em práticas subterrâneas de morte medicamente assistida, aludem à disponibilidade da vida humana, ao dever de aliviar o sofrimento quando este se torna intolerável e à obrigação de não-abandonar um doente em fim de vida que engloba, ainda, a função de colaborar na sua morte. Para além de defender que “a vida é um bem disponível” e que o “doente tem direito a dispor dela”, o médico hematologista entrevistado reivindica para si mesmo o ato de eutanásia ao afirmar que “serão as minhas mãos a fazer”, na medida em que se trata da “extensão das minhas obrigações” com “os meus doentes até ao último dia da vida”. Estes dois únicos entrevistados totalmente favoráveis à mudança legislativa consideram que a eutanásia é preferível ao suicídio medicamente assistido, isto porque, segundo o médico nefrologista que efetivamente utilizou as suas mãos para praticar a eutanásia por quatro vezes, “a gente não pode abandonar uma pessoa (...) consciente e que tenha a mínima diferenciação, se tem um pedido persistente e coerente sobre a sua pretensão”. Com base nesta descrição das diferentes perspetivas médicas relativas a uma possível futura despenalização da morte medicamente assistida no país, estamos em crer que o nosso estudo constitui um válido contributo para “um debate sério e participado sobre a legitimidade da eutanásia no plano ético/social e sobre a necessidade de legislar nesta matéria”<sup>192(p8)</sup>, recomendado pela Associação Portuguesa de Bioética. No momento presente, a maioria dos entrevistados continua a não falar abertamente das suas experiências de receção com os pedidos de morte medicamente assistida e, como observámos nos casos dos dois médicos nefrologistas entrevistados, a preservar um código de silêncio relativamente ao seu envolvimento em práticas subterrâneas de assistência ao suicídio e de eutanásia. É de salientar, a este respeito, que o único entrevistado que forneceu medicação letal a um doente insuficiente renal crónico centrou a sua explicação para nunca ter partilhado tal experiência de receção e resposta positiva ao pedido de suicídio medicamente assistido com colegas de profissão nem com a família no seu traço de personalidade individualista e na preservação da confidencialidade que subjaz à relação médico-doente. Por contraste, o único entrevistado que hetero-administrou fármacos letais por quatro vezes explicou o seu silêncio relativamente ao pedido de eutanásia mais significativo que recebeu de um médico-doente com esclerose em placas, assim como quanto à sua participação neste ato de eutanásia, com o facto de “ser desnecessário estarmos a reviver um período que nos custou” muito. A dificuldade em recordar memórias dolorosas emocionalmente com amigos e colegas de profissão que cooperaram no ato de eutanásia, a par do receio de vir a ser sancionado deontológica e criminalmente, justificam assim este código de silêncio que vigora atualmente.

Em virtude de termos concluído o mapeamento dos quatro temas fenomenológicos, é chegado o momento de dizer que este estudo cumpriu os seus principais objetivos: por um lado, ao aprofundar e expandir o conhecimento sobre a natureza das experiências vividas por nove médicos portugueses com o fenómeno da receção dos pedidos de morte medicamente assistida; por outro lado, ao apreender os múltiplos significados da receção, interpretação e exploração, resposta e reflexão sobre tais pedidos de morte medicamente assistida, diretamente a partir dos próprios médicos que experienciaram o fenómeno. Os resultados deste estudo têm, por fim, implicações na prática clínica e permitem-nos deixar recomendações úteis. Este trabalho põe em evidência o código de silêncio sobre a morte medicamente assistida que acarreta um grande custo emocional para os receptores dos pedidos (médicos e familiares, neste último caso com um peso adicional no processo de luto). À semelhança de outros estudos<sup>25,31,200,202</sup>, esta pesquisa revela a dificuldade dos médicos em discutir abertamente o tema com colegas de profissão e em expor-se ao escrutínio do grupo de pares com medo de críticas ou olhares reprovadores por atos ilícitos. A ausência de uma comunicação intragrupal sobre estas decisões complexas incrementa o elevado grau de isolamento social no qual já se encontram os médicos envolvidos em atos de eutanásia e de assistência ao suicídio, potenciando os erros clínicos na avaliação dos pedidos. Seria desejável que os médicos pudessem criar dentro da profissão uma rede de apoio emocional que encorajasse a partilha de experiências do fenómeno e proporcionasse a aquisição de competências técnicas e comunicacionais sobre como responder eficazmente aos apelos que os doentes em sofrimento lhes dirigem, ao invés de perpetuar estas decisões secretas e ocultas num ambiente cúmplice de conluio. A implementação de um modelo colaborativo e de consultoria na resolução de casos difíceis é imperativa para ajudar os médicos que enfrentam pedidos de morte medicamente assistida a reduzir o nível de incerteza e ambiguidade na provisão de cuidados de fim de vida aos doentes que formulam tais apelos, implícita ou explicitamente. Desse modelo deveria constar o acesso regular a Cuidados Paliativos (um filtro paliativo<sup>210</sup>), o aconselhamento psiquiátrico<sup>211-212</sup> e o parecer célere das comissões de ética hospitalares. Dado que os apelos de ajuda médica para morrer irão continuar a existir em Portugal, defendemos juntamente com Timothy Quill<sup>1,3,209</sup> que “encontrar um lugar seguro na profissão para discutir esses casos em tempo real é crucial para o bom cuidado ao doente e para treinar futuros médicos em como avaliar e responder a esses pedidos sistematicamente, mas também é importante para a (...) profissão se quisermos ser tratados com a mesma compaixão e respeito com que tratamos os nossos doentes”<sup>209(p470)</sup>.

## 7. Referências Bibliográficas

1. Quill TE. Doctor, I Want to Die. Will You Help Me? JAMA. 1993;270(7):870-873.
2. Bascom PB, Tolle SW. Responding to Requests for Physician-Assisted Suicide: "These Are Uncharted Waters for Both of Us. . .". JAMA. 2002;288(1):91-98.
3. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Care of the Hopelessly Ill: Proposed Clinical Criteria for Physician-Assisted Suicide. N Engl J Med. 1992;327(19):1380-1384.
4. Block SD, Billings JA. Patient requests to hasten death. Evaluation and management in terminal care. Arch Intern Med. 1994;154(18):2039-2047.
5. Emanuel LL. Facing Requests for Physician-Assisted Suicide: Toward a Practical and Principled Clinical Skill Set. JAMA. 1998;280(7):643-647.
6. Foley KM. The Relationship of Pain and Symptom Management to Patient Requests for Physician-Assisted Suicide. J Pain Symptom Manage. 1991;6(5):289-297.
7. Foley KM. Pain, Physician-assisted Suicide, and Euthanasia. Pain Forum. 1995;4(3):163-178.
8. Doukas DJ, Waterhouse D, Gorenflo DW, Seid J. Attitudes and Behaviors on Physician-Assisted Death: A Study of Michigan Oncologists. J Clin Oncol. 1995;13(5):1055-1061.
9. Meier DE, Emmons C-A, Wallenstein S, Quill TE, Morrison S, Cassel CK. A National Survey of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the United States. N Engl J Med. 1998;338(17):1193-1201.
10. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' Experiences with the Oregon Death with Dignity Act. N Engl J Med. 2000;342(8):557-563.
11. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers. JAMA. 2000;284(19):2460-2468.
12. Resnik DB. Physician-Assisted Suicide: The Culture of Medicine and The Undertreatment of Pain. In: Kopelman LM, De Ville KA, editors. Physician-Assisted Suicide: What are the Issues? Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2001. p. 127-148.
13. Hedberg K, Hopkins D, Southwick K. Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon, 2001. N Engl J Med. 2002;346(6):450-452.

14. Fischer S, Huber CA, Furter M, Imhof L, Imhof RM, Schwarzenegger C, Ziegler SJ, Bosshard G. Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss Med Wkly*. 2009;139(23-24):333-338.
15. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Oregonians' Reasons for Requesting Physician Aid in Dying. *Arch Intern Med*. 2009;169(5):489-492.
16. Rosenfeld B. Assisted Suicide, Depression, and the Right to Die. *Psychol Public Policy Law*. 2000;6(2):467-488.
17. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, Nelson CJ, Brescia R. Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. *JAMA*. 2000;284(22):2907-2911.
18. Emanuel EJ. Depression, Euthanasia, and Improving End-of-Life Care. *J Clin Oncol*. 2005;23(27):6456-6458.
19. Battin MP, van der Heide A, Ganzini L, van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups. *J Med Ethics*. 2007;33(10):591-597.
20. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. *BMJ*. 2008;337:a1682.
21. Ruijs CDM, Kerkhof AJFM, van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. Depression and explicit requests for euthanasia in end-of-life cancer patients in primary care in the Netherlands: a longitudinal, prospective study. *Fam Pract*. 2011;28(4):393-399.
22. Levene I, Parker M. Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. *J Med Ethics*. 2011;37(4):205-211.
23. Finlay IG, George R. Legal physician-assisted suicide in Oregon and The Netherlands: evidence concerning the impact on patients in vulnerable groups-another perspective on Oregon's data. *J Med Ethics*. 2011;37(3):171-174.
24. Cassell EJ. When Suffering Patients Seek Death. In: Quill TE, Battin MP, editors. *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2004. p. 75-88.
25. Georges J-J, The AM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G. Dealing with requests for euthanasia: a qualitative study investigating the experience of general practitioners. *J Med Ethics*. 2008;34(3):150-155.

26. Rietjens JA, van Tol DG, Schermer M, van der Heide A. Judgement of suffering in the case of a euthanasia request in The Netherlands. *J Med Ethics*. 2009;35(8):502-507.
27. Maessen M, Veldink JH, van den Berg LH, Schouten HJ, van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. Requests for euthanasia: origin of suffering in ALS, heart failure, and cancer patients. *J Neurol*. 2010;257(7):1192-1198.
28. Dees M, Vernooij-Dassen M, Dekkers W, van Weel C. Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review. *Psychooncology*. 2010;19(4):339-352.
29. Karlsson M, Milberg A, Strang P. Suffering and euthanasia: a qualitative study of dying cancer patients' perspectives. *Support Care Cancer*. 2012;20(5):1065-1071.
30. Ruijs CD, Kerkhof AJ, van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. The broad spectrum of unbearable suffering in end-of-life cancer studied in dutch primary care. *BMC Palliat Care*. 2012;11:12.
31. Back AL, Wallace JI, Starks HE, Pearlman RA. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in Washington State: Patient Requests and Physician Responses. *JAMA*. 1996;275(12):919-925.
32. Sullivan AD, Hedberg K, Fleming DW. Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon: The Second Year. *N Engl J Med*. 2000;342(8):598-604.
33. McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA. Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life. *Palliat Med*. 2007;21(2):115-128.
34. van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet*. 1991;338(8768):669-674.
35. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon: The First Year's Experience. *N Engl J Med*. 1999;340(7):577-583.
36. Pearlman RA, Starks H. Why Do People Seek Physician-Assisted Death? In: Quill TE, Battin MP, editors. *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2004. p. 91-101.
37. Di Mola G, Borsellino P, Brunelli C, Gallucci M, Gamba A, Lusignani M, Regazzo C, Santosuosso A, Tamburini M, Toscani F. Attitudes toward euthanasia of physician members of the Italian Society for Palliative Care. *Ann Oncol*. 1996;7(9):907-911.

38. Valverius E, Nilstun T, Nilsson B. Palliative care, assisted suicide and euthanasia: nationwide questionnaire to Swedish physicians. *Palliat Med.* 2000;14(2):141-148.
39. Materstvedt L, Kaasa S. Euthanasia and physician-assisted suicide in Scandinavia: with a conceptual suggestion regarding international research in relation to the phenomena. *Palliat Med.* 2002;16(1):17-32.
40. Comby M, Filbet M. The demand for euthanasia in palliative care units: a prospective study in seven units of the 'Rhône-Alpes' region. *Palliat Med.* 2005;19(8):587-593.
41. Ferrand E, Rondeau E, Lemaire Fo, Fischler M. Requests for euthanasia and palliative care in France. *Lancet.* 2011;377(9764):467-468.
42. Velleman JD. A Right of Self-Termination? *Ethics.* 1999;109(3):606-628.
43. Rosenfeld B. *Assisted Suicide and the Right to Die: The Interface of Social Science, Public Policy, and Medical Ethics.* Washington, D.C.: American Psychological Association; 2004.
44. Santos LF. *Ajudas-me a morrer? A morte assistida na cultura ocidental do século XXI.* Lisboa: Sextante Editora; 2009.
45. van Manen M. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy.* 2nd ed. Ontario: The Althouse Press; 1997 [1990].
46. van Manen M. *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing.* Walnut Creek (CA): Left Coast Press; 2014.
47. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative Options of Last Resort: A Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia. *JAMA.* 1997;278(23):2099-2104.
48. Barbosa A. Bioética e Cuidados Paliativos. In: Barbosa A, Neto IG, editors. *Manual de Cuidados Paliativos.* 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p. 723-749.
49. Barbosa A. Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social.* 2003;XXXVIII(166):35-49.
50. Quill TE. Dying and Decision Making: Evolution of End-of-Life Options. *N Engl J Med.* 2004;350(20):2029-2032.
51. Griffiths J, Weyers H, Adams M. *Euthanasia and Law in Europe.* 2nd ed. Portland (OR): Hart Publishing; 2008.

52. Quill TE. Physicians Should “Assist in Suicide” When It Is Appropriate. *J Law Med Ethics*. 2012;40(1):57-65.
53. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Decisions Near the End of Life. Chicago: American Medical Association; 1991. Available from: <http://www.ama-assn.org/resources/doc/code-medical-ethics/221a.pdf>.
54. Battin MP. *The Least Worst Death: Essays in Bioethics on the End of Life*. New York: Oxford University Press; 1994.
55. Pohier J. *La mort opportune : les droits des vivants sur la fin de leur vie*. Paris: Seuil; 1998.
56. Gonçalves JASF. *A Boa Morte: Ética no Fim da Vida*. Tese de Mestrado em Bioética, orientada pelo Professor Doutor Rui Nunes. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2006.
57. Beauchamp TL, Davidson AI. The Definition of Euthanasia. *J Med Philos*. 1979;4(3):294-312.
58. Emanuel EJ. The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain. *Ann Intern Med*. 1994;121(10):793-802.
59. Emanuel EJ. Euthanasia: Historical, Ethical, and Empiric Perspectives. *Arch Intern Med*. 1994;154(17):1890-1901.
60. The Nuremberg Code. Available from: <http://history.nih.gov/research/downloads/nuremberg.pdf>.
61. Engelhardt HT. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Another Battle in the Culture Wars. In: Kopelman LM, De Ville KA, editors. *Physician-Assisted Suicide: What are the Issues?* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2001. p. 29-41.
62. Beauchamp TL. Introduction. In: Beauchamp TL, editor. *Intending Death: The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 1996. p. 1-22.
63. Brock DW. Voluntary Active Euthanasia. *Hastings Cent Rep*. 1992;22(2):10-22.
64. Rachels J. Active and Passive Euthanasia. *N Engl J Med*. 1975;292(2):78-80.
65. Beauchamp TL. When Hastened Death Is Neither Killing Nor Letting Die. In: Quill TE, Battin MP, editors. *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2004. p. 118-129.

66. Juramento de Hipócrates. Available from: <https://http://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=67e103b0761e60683e83c559be18d40c&id=6b8b8e3bd6ad94b985c1b1f1b7a94cb2>.
67. Rachels J. *The End of Life: Euthanasia and Morality*. New York: Oxford University Press; 1986.
68. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. *Physician-Assisted Suicide*. Chicago: American Medical Association.; 1993. Available from: <http://www.ama-assn.org/resources/doc/code-medical-ethics/2211b.pdf>.
69. Neto IG. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: Barbosa A, Neto IG, editors. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p. 1-42.
70. Quill TE, Dresser R, Brock DW. The Rule of Double Effect: A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making. *N Engl J Med*. 1997;337(24):1768-1771.
71. Quill TE. Principle of Double Effect and End-of-Life Pain Management: Additional Myths and a Limited Role. *J Palliat Med*. 1998;1(4):333-336.
72. Billings JA. Slow Euthanasia. *J Palliat Care*. 1996;12(4):21-30.
73. Saunders C. Into the valley of the shadow of death: A personal therapeutic journey. *BMJ*. 1996;313(7072):1599-1601.
74. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. New York: Scribner/Simon & Schuster; 2003 [1969].
75. Quill TE, Battin MP. Excellent Palliative Care as the Standard, Physician-Assisted Dying as a Last Resort. In: Quill TE, Battin MP, editors. *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2004. p. 323-333.
76. Hurst SA, Mauron A. The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values. *Palliat Med*. 2006;20(2):107-112.
77. Bernheim JL, Deschepper R, Distelmans W, Mullie A, Bilsen J, Deliens L. Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy? *BMJ*. 2008;336(7649):864-867.
78. Chambaere K, Centeno C, Hernández EA, Van Wesemael Y, Guillén-Grima F, Deliens L, Payne S. *Palliative Care Development in Countries with a Euthanasia Law*. Report



- from the EAPC - European Association for Palliative Care. London: Commission on Assisted Dying, 2011.
79. Battin MP. Safe, Legal, Rare? Physician-Assisted Suicide and Cultural Change in the Future. In: Kopelman LM, De Ville KA, editors. Physician-Assisted Suicide: What are the Issues? Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2001. p. 187-201.
  80. Brody H. Commentary on Billings and Block's "Slow euthanasia". J Palliat Care. 1996;12(4):38-41.
  81. Foley K, Hendin H, editors. The Case against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002.
  82. Quill TE, Battin MP, editors. Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice. Baltimore: Johns Hopkins University; 2004.
  83. The Oregon Death with Dignity Act. Oregon Revised Statute 127.800-127.995; 1997. Available from: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/statute.pdf>.
  84. The Washington Death with Dignity Act (RCW 70.245); 2009. Available from: <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245>.
  85. The Patient Choice and Control at End of Life Act (Act 39); 2013. Available from: <http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/Acts/ACT039.pdf>.
  86. The California End Of Life Option Act; 2015. Available from: [https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill\\_id=201520162AB15](https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520162AB15).
  87. Death with Dignity National Center. Death with Dignity Acts in the United States of America. Portland (OR): Death with Dignity National Center; 2013. Available from: <http://www.deathwithdignity.org/acts>.
  88. Emanuel EJ, Daniels ER, Fairclough DL, Clarridge BR. The Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States: Adherence to Proposed Safeguards and Effects on Physicians. JAMA. 1998;280(6):507-513.
  89. Ziegler SJ, Bosshard G. Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. BMJ. 2007;334(7588):295-298.
  90. The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act; 2002. Available from: <http://www.nvve.nl/assets/nvve/english/EuthanasiaLaw.pdf>.

91. Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie; 2002. Available from: <http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dgl/@acutecare/documents/ie2law/14888537.pdf>.
92. Loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs; 2014. Available from: <http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dgl/@acutecare/documents/ie2law/19094567.pdf>.
93. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Memorial Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg. 2009;A – nr 46615–9:615-619.
94. Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, Bartsch C. Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. *BMJ*. 2014.
95. Galha L. Morte Assistida. Alfragide: Oficina do Livro; 2013.
96. Steck N, Junker C, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M, Egger M, Swiss National Cohort. Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):614-622.
97. Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics [NEK-CNE]. Duty-of-care criteria for the management of assisted suicide: Opinion no.13/2006. Berne: NEK-CNE, 2006.
98. Dignitas: To live with dignity - To die with dignity. Accompanied suicide of members of Dignitas, by year and by country of residency, 1998-2015; Forch, Switzerland: Dignitas; 2015. Available from: <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2015.pdf>.
99. Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non--physicians. *BMJ*. 2003;326(7383):271-273.
100. Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJF, van Delden JJM, van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *The Lancet*. 2012;380(9845):908-915.
101. van der Wal G, van der Maas PJ, Bosma JM, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, Haverkate I, Kostense PJ. Evaluation of the Notification Procedure for Physician-Assisted Death in the Netherlands. *N Engl J Med*. 1996;335(22):1706-1711.

102. Dutch Regional Euthanasia Review Committees. Annual Reports (2003-2015). Available from: <http://www.livinganddyingwell.org.uk/publications/research/dutch-regional-euthanasia-review-committees-2009-annual-report> (2003-2009), <http://www.euthanasiecommissie.nl/sitemap> (2010-2015).
103. Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Rapports aux Chambres Législatives (Années 2002-2013). Available from: <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-federale-de-controle-et-devaluation-de-leuthanasie>.
104. Junker C. Cause of Death Statistics 2009: Assisted suicide and suicide in Switzerland. Neuchâtel: Federal Statistical Office; 2012.
105. Junker C. Assisted suicide in Switzerland (1982 - ) 2006 – 2010. Paper presented at Swiss Public Health Conference 2012; Lausanne, Switzerland; 2012 Aug 31. Available from: [http://sph12.organizers-congress.ch/downloads/presentations/C1\\_2\\_Junker.pdf](http://sph12.organizers-congress.ch/downloads/presentations/C1_2_Junker.pdf).
106. Oregon Department of Human Services. Public Health Division. Death with Dignity Act - Annual Reports: from year 1 to year 18 (1998-2015). Available from: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ar-index.aspx>.
107. Washington State Department of Health. Death with Dignity Act - Annual Statistical Reports: 2009-2015. Available from: <http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/DeathwithDignityAct.aspx>.
108. Commission Nationale De Contrôle Et d'Évaluation De La Loi Du 16 Mars 2009 Sur L'euthanasie Et L'assistance Au Suicide. Premier, Deuxième et Troisième Rapports de La Loi Du 16 Mars 2009 Sur L'euthanasie Et L'assistance Au Suicide (Années 2009-2014). Available from: <http://www.sante.public.lu/fr/prevention/etapes/fin-vie/euthanasie/index.html>.
109. Lewy G. Assisted Death in Europe and America: Four Regimes and Their Lessons. New York: Oxford University Press; 2011.
110. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA. 2016;316(1):79-90.

111. Chambaere K, Stichele RV, Mortier F, Cohen J, Deliens L. Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium. *N Engl J Med*. 2015;372(12):1179-1181.
112. Bosshard G, Zellweger U, Bopp M, et al. Medical end-of-life practices in Switzerland: A comparison of 2001 and 2013. *JAMA Internal Medicine*. 2016;176(4):555-556.
113. Hedberg K, Hopkins D, Leman R, Kohn M. The 10-Year Experience of Oregon's Death with Dignity Act: 1998-2007. *J Clin Ethics*. 2009;20(2):124-132.
114. Quill TE, Meier DE, Block SD, Billings JA. The Debate over Physician-Assisted Suicide: Empirical Data and Convergent Views. *Ann Intern Med*. 1998;128(7):552-558.
115. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CLM, Kester JGC, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Bosma JM, Willems DL. Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med*. 1996;355(22):1699-1705.
116. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJM, Hanssen-de Wolf JE, Janssen AGJM, Pasman HRW, Rietjens JAC, Prins CJM, Deerenberg IM, Gevers JKM, van der Maas PJ, van der Wal G. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med*. 2007;356(19):1957-1965.
117. Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JAC, Rurup ML, Vrakking AM, Georges JJ, Muller MT, van der Wal G, van der Maas PJ. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet*. 2003;362(9381):395-399.
118. Sullivan AD, Hedberg K, Hopkins D. Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon, 1998–2000. *N Engl J Med*. 2001;344(8):605-607.
119. Hedberg K, Hopkins D, Kohn M. Five Years of Legal Physician-Assisted Suicide in Oregon. *N Engl J Med*. 2003;348(10):961-964.
120. van der Maas PJ, Emanuel L. Factual Findings. *Regulating How We Die: The Ethical, Medical, and Legal Issues Surrounding Physician-Assisted Suicide*. Cambridge: Harvard University Press; 1998. p. 151-174.
121. Griffiths J, Bood A, Weyers H. *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press; 1998.
122. Royal Dutch Medical Association [KNMG]. *The role of the physician in the voluntary termination of life*. Utrecht: KNMG, 2011.

123. Jansen-van der Weide MC, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G. Granted, Undecided, Withdrawn, and Refused Requests for Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Arch Intern Med.* 2005;165(15):1698-1704.
124. Quill TE. Legal Regulation of Physician-Assisted Death: The Latest Report Cards. *N Engl J Med.* 2007;356(19):1911-1913.
125. Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, Jansen-van der Weide MC, van der Wal G. When being 'tired of living' plays an important role in a request for euthanasia or physician-assisted suicide: patient characteristics and the physician's decision. *Health Policy.* 2005;74(2):157-166.
126. Brock DW. Physician-Assisted Suicide as a Last-Resort Option at the End of Life. In: Quill TE, Battin MP, editors. *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice.* Baltimore: Johns Hopkins University; 2004. p. 130-149.
127. van der Burg W. The Slippery Slope Argument. *Ethics.* 1991;102(1):42-65.
128. Lewis P. The Empirical Slippery Slope from Voluntary to Non-Voluntary Euthanasia. *J Law Med Ethics.* 2007;35(1):197-210.
129. Lindsay RA. Oregon's Experience: Evaluating the Record. *Am J Bioeth.* 2009;9(3):19-27.
130. Lee MA, Nelson HD, Tilden VP, Ganzini L, Schmidt TA, Tolle SW. Legalizing Assisted Suicide: Views of Physicians in Oregon. *N Engl J Med.* 1996;334(5):310-315.
131. Wang SY, Aldridge MD, Gross CP, Canavan M, Cherlin E, Johnson-Hurzeler R, Bradley E. Geographic Variation of Hospice Use Patterns at the End of Life. *J Palliat Med.* 2015;18(9):771-780.
132. Pearlman RA, Hsu C, Starks H, Back AL, Gordon JR, Bharucha AJ, Koenig BA, Battin MP. Motivations for Physician-assisted Suicide: Patient and Family Voices. *J Gen Intern Med.* 2005;20(3):234-239.
133. Dickinson GE, Clark D, Winslow M, Marples R. US physicians' attitudes concerning euthanasia and physician-assisted death: A systematic literature review. *Mortality.* 2005;10(1):43-52.
134. Emanuel EJ. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Review of the Empirical Data From the United States. *Arch Intern Med.* 2002;162(2):142-152.

135. Overmyer M. National survey: physicians' views on the right to die. *Physicians Manage.* 1991;31:40-60.
136. Crosby C. Internists grapple with how they should respond to requests for aid in dying. *Internist.* 1992;33:10.
137. Caralis P, Hammond J. Attitudes of medical students, housestaff, and faculty physicians toward euthanasia and termination of life-sustaining treatment. *Crit Care Med.* 1992;20(5):683-690.
138. Fried TR, Stein MD, O'Sullivan PS, Brock DW, Novack DH. Limits of patient autonomy. Physician attitudes and practices regarding life-sustaining treatments and euthanasia. *Arch Intern Med.* 1993;153(6):722-728.
139. Shapiro RS, Derse AR, Gottlieb M, Schiedermayer D, Olson M. Willingness to perform euthanasia. A survey of physician attitudes. *Arch Intern Med.* 1994;154(5):575-584.
140. Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet.* 1996;347(9018):1805-1810.
141. Portenoy RK, Coyle N, Kash KM, Brescia F, Scanlon C, O'Hare D, Misbin RI, Holland J, Foley KM. Determinants of the Willingness to Endorse Assisted Suicide. *Psychosomatics.* 1997;38(3):277-287.
142. Slome LR, Mitchell TF, Charlebois E, Benevedes JM, Abrams DI. Physician-Assisted Suicide and Patients with Human Immunodeficiency Virus Disease. *N Engl J Med.* 1997;336(6):417-421.
143. Abramson N, Stokes J, Weinreb N, Clark W. Euthanasia and Doctor-Assisted Suicide: Responses by Oncologists and Non-oncologists. *South Med J.* 1998;91(7):637-642.
144. Carver AC, Vickrey BG, Bernat JL, Keran C, Ringel SP, Foley KM. End-of-life care: A survey of US neurologists' attitudes, behavior, and knowledge. *Neurology.* 1999;53(2):284-293.
145. Willems DL, Daniels ER, van der Wal G, van der Maas PJ, Emanuel EJ. Attitudes and Practices Concerning the End of Life: A Comparison Between Physicians From the United States and From the Netherlands. *Arch Intern Med.* 2000;160(1):63-68.

146. Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC, Blum D, Bruera E, Penley WC, Schnipper LE, Mayer RJ. Attitudes and Practices of U.S. Oncologists regarding Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Ann Intern Med.* 2000;133(7):527-532.
147. Ward BJ, Tate PA. Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia. *BMJ.* 1994;308(6940):1332-1334.
148. Folker AP, Holtug N, Jensen AB, Kappel K, Nielsen JK, Norup M. Experiences and Attitudes towards End-of-Life Decisions amongst Danish physicians. *Bioethics.* 1996;10(3):233-249.
149. Førde R, Aasland OG, Falkum E. The Ethics of Euthanasia: Attitudes and Practice among Norwegian Physicians. *Soc Sci Med.* 1997;45(6):887-892.
150. Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ, van der Heide A. Physician-Assisted Death in Psychiatric Practice in The Netherlands. *N Engl J Med.* 1997;336(25):1795-1801.
151. Grassi L, Magnani K, Ercolani M. Attitudes Toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Italian Primary Care Physicians. *J Pain Symptom Manage.* 1999;17(3):188-196.
152. Bittel N, Neuenschwander H, Stiefel F. "Euthanasia": a survey by the Swiss Association for Palliative Care. *Support Care Cancer.* 2002;10(4):265-271.
153. Löfmark R, Nilstun T, Cartwright C, Fischer S, van der Heide A, Mortier F, Norup M, Simonato L, Onwuteaka-Philipsen BD, EURELD Consortium. Physicians' experiences with end-of-life decision-making: survey in 6 European countries and Australia. *BMC Med.* 2008;6:4.
154. DECO - Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor. Doentes terminais: mais dignidade no adeus. Proteste, 2011. Available from: <http://www.deco.proteste.pt/saude/hospitais-servicos-saude/noticia/doentes-terminais-mais-dignidade-no-adeus>.
155. Godinho IF. Eutanásia, Homicídio a Pedido da Vítima e os Problemas de Participação em Direito Penal. Coimbra: Coimbra Editora; 2015.
156. Serrão D. Portugal - Euthanasia: not ethically permissible. In: Europe Co, editor. *Ethical Eye: Euthanasia Volume II - National and European Perspectives*. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2004. p. 75-83.

157. Campos AP, Faria PL. O novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2009;27(1):117-133.
158. Serrão D. Parecer sobre os Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final da Vida (11/CNECV/95). Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 1995. Available from: [http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273059417\\_P011\\_FinalDaVida.pdf](http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273059417_P011_FinalDaVida.pdf).
159. Callahan D. Reason, Self-determination, and Physician-Assisted Suicide. In: Foley K, Hendin H, editors. *The Case against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002. p. 52-68.
160. Preston T, Gunderson M, Mayo DJ. The Role of Autonomy in Choosing Physician Aid in Dying. In: Quill TE, Battin MP, editors. *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2004. p. 39-54.
161. Santos LF. “Dêem-me Liberdade e, se Eu quiser, Dêem-me a Morte”. Alguns Elementos para Pensar o Suicídio Medicamente Assistido. In: Curado M, Oliveira N, editors. *Pessoas Transparentes: Questões Actuais de Bioética*. Coimbra: Edições Almedina; 2010. p. 169-194.
162. Battin MP, Quill TE. False Dichotomy versus Genuine Choice: The Argument over Physician-Assisted Dying. In: Quill TE, Battin MP, editors. *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2004. p. 1-12.
163. Carrick P. *Medical Ethics In Antiquity: Philosophical Perspectives On Abortion And Euthanasia*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1995.
164. World Medical Association. WMA Resolution on Euthanasia, 2013. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13b/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=%5Bpage%5D/%5BtoPage%5D>.
165. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. *Code of Medical Ethics of the American Medical Association*. Chicago: American Medical Association; 2012-2013.
166. Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. *Declaration on Euthanasia*; Rome: Vatican; 1980. Available from: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html).



167. Battin MP. Religious Views of Suicide. In: Battin MP, editor. *Ethical Issues in Suicide*. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall 1982. p. 26-74.
168. Larue GA. *Euthanasia and Religion: A Survey of the Attitudes of World Religions to the Right-To-Die*. Los Angeles (CA): The Hemlock Society; 1985.
169. Stempsey WE. The role of religion in the debate about physician-assisted dying. *Med Health Care Philos*. 2010;13(4):383-387.
170. Cassell EJ. The Nature of Suffering and The Goals of Medicine. *N Engl J Med*. 1982;306(11):639-645.
171. Pasman HRW, Rurup ML, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians. *BMJ*. 2009;339:b4362.
172. Kass LR. "I Will Give No Deadly Drug": Why Doctors Must Not Kill. In: Foley K, Hendin H, editors. *The Case against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002. p. 17-40.
173. Miller FG, Brody H. Professional Integrity and Physician-Assisted Death. *Hastings Cent Rep*. 1995;25(3):8-17.
174. Pellegrino ED. Physician Integrity: Why It Is Inviolable. In: Crowley M, editor. *Connecting American Values with Health Reform*. New York: The Hastings Center; 2009. p. 18-20.
175. Pellegrino ED. Compassion Is Not Enough. In: Foley K, Hendin H, editors. *The Case against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002. p. 41-51.
176. Pellegrino ED. Compassion Needs Reason Too. *JAMA*. 1993;270(7):874-875.
177. Battin MP. Voluntary Euthanasia and the Risks of Abuse: Can We Learn Anything from the Netherlands? *Law Med Health Care*. 1992;20(1-2):133-143.
178. Norwood F, Kimsma G, Battin MP. Vulnerability and the 'slippery slope' at the end-of-life: a qualitative study of euthanasia, general practice and home death in The Netherlands. *Fam Pract*. 2009;26(6):472-480.
179. Quill TE. Nonabandonment: A Central Obligation for Physicians. *Ann Intern Med*. 1995;122(5):368-374.

180. Pellegrino ED. Nonabandonment: An Old Obligation Revisited. *Ann Intern Med.* 1995;122(5):377-378.
181. Quill TE, Cassel CK. Nonabandonment: A Central Obligation for Physicians. In: Quill TE, Battin MP, editors. *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice.* Baltimore: Johns Hopkins University; 2004. p. 24-38.
182. Saunders C. A Hospice Perspective. In: Foley K, Hendin H, editors. *The Case against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care.* Baltimore: Johns Hopkins University; 2002. p. 281-292.
183. Foley K. Compassionate Care, Not Assisted Suicide. In: Foley K, Hendin H, editors. *The Case against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care.* Baltimore: Johns Hopkins University; 2002. p. 293-309.
184. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Gravgaard A-MB, Muller-Busch HC, Sales JPi, Rapin C-H. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med.* 2003;17(2):97-101.
185. Quill TE, Cassel CK. Professional Organizations' Position Statements on Physician-Assisted Suicide: A Case for Studied Neutrality. *Ann Intern Med.* 2003;138(3):208-211.
186. American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Position Statements: Physician-Assisted Death; Glenview (IL): AAHPM; 2007. Available from: <http://www.aahpm.org/positions/default/suicide.html>.
187. National Hospice & Palliative Care Organization. Commentary and Resolution on Physician Assisted Suicide; Alexandria (VA): NHPCO; 2005. Available from: [http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/PAS\\_Resolution\\_Commentary.pdf](http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/PAS_Resolution_Commentary.pdf).
188. Jaques DW, Jackson A. Hospice, Palliative Care, and Comfort Care. 2008. In: *The Oregon Death with Dignity Act: A Guidebook for Health Care Professionals* [Internet]. Portland (OR): Oregon Health & Science University. Available from: <http://www.ohsu.edu/xd/education/continuing-education/center-for-ethics/ethics-outreach/upload/Oregon-Death-with-Dignity-Act-Guidebook.pdf>.
189. Zylicz Z. Palliative Care and Euthanasia in the Netherlands: Observations of a Dutch Physician. In: Foley K, Hendin H, editors. *The Case against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care.* Baltimore: Johns Hopkins University; 2002. p. 122-143.

190. Broeckaert B, Janssens R. Palliative Care and Euthanasia: Belgian and Dutch Perspectives. In: Schotsmans P, Meulenbergs T, editors. *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries*. Leuven: Peeters; 2005. p. 35-69.
191. Van den Block L, Deschepper R, Bilsen J, Bossuyt N, Van Casteren V, Deliens L. Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium. *BMJ*. 2009;339:b2772.
192. Nunes R. Parecer N.º P/13/APB/08: Proposta de um Referendo Nacional sobre a Prática da Eutanásia. Porto: Associação Portuguesa de Bioética; 2008. Available from: [http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1280253605parecer\\_13.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1280253605parecer_13.pdf).
193. Gonçalves F. Attitudes toward assisted death amongst Portuguese oncologists. *Support Care Cancer*. 2010;18(3):359-366.
194. van Manen M. Professional Practice and 'Doing Phenomenology'. In: Toombs SK, editor. *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2001. p. 457-474.
195. van Manen M. *Writing in the Dark: Phenomenological Studies in Interpretative Inquiry*. Ontario: The Althouse Press; 2002.
196. Dowling M. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(1):131-142.
197. Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2005.
198. Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2007.
199. Petição para abertura do debate no seio da Ordem dos Médicos sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido. *Rev Ordem Med*. 2012;28(128):26-27.
200. Kohlwes RJ, Koepsell TD, Rhodes LA, Pearlman RA. Physicians' Responses to Patients' Requests for Physician-Assisted Suicide. *Arch Intern Med*. 2001;161(5):657-663.
201. Ganzini L, Dobscha S, Heintz RT, Press N. Oregon Physicians' Perceptions of Patients Who Request Assisted Suicide and Their Families. *J Palliat Med*. 2003;6(3):381-390.
202. Dobscha SK, Heintz RT, Press N, Ganzini L. Oregon Physicians' Responses to Requests for Assisted Suicide: A Qualitative Study. *J Palliat Med*. 2004;7(3):451-461.

203. Meeussen K, van den Block L, Bossuyt N, Echteld M, Bilsen J, Deliens L. Dealing with requests for euthanasia: interview study among general practitioners in Belgium. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(6):1060-1072.
204. Denzin NK, Lincoln YS. The Discipline and Practice of Qualitative Research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2005. p. 1-32.
205. Moustakas C. *Phenomenological Research Methods*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1994.
206. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001[1979].
207. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; 2005. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.
208. Nietzsche F. *A Gaia Ciência*. Lisboa: Guimarães Editores; 1996 [1882].
209. Quill TE. Opening the Black Box: Physicians' Inner Responses to Patients' Requests for Physician-Assisted Death. *J Palliat Med*. 2004;7(3):469-471.
210. Schotsmans P, Gastmans C. How to Deal with Euthanasia Requests: A Palliative Filter Procedure. *Camb Q Healthc Ethics*. 2009;18(4):420-428.
211. Sullivan MD, Ganzini L, Youngner SJ. Should Psychiatrists Serve as Gatekeepers for Physician-Assisted Suicide? *Hastings Cent Rep*. 1998;28(4):24-31.
212. Groenewoud JH, van der Heide A, Tholen AJ, Schudel WJ, Hengeveld MW, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. Psychiatric consultation with regard to requests for euthanasia or physician-assisted suicide. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):323-330.

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**Faculdade de Medicina de Lisboa**



**A EXPERIÊNCIA VIVIDA DOS PROFISSIONAIS  
DE MEDICINA COM PEDIDOS DE EUTANÁSIA  
E DE SUICÍDIO MEDICAMENTE ASSISTIDO**

**APÊNDICES DA DISSERTAÇÃO**

**Tatiana dos Santos Marques**

**Orientadora: Professora Doutora Graça Carapinheiro**

**Co-Orientador: Professor Doutor António Barbosa**

**Dissertação especialmente elaborada para  
obtenção do grau de mestre em Bioética**

**2016**

## **Índice de Apêndices**

<b>Apêndice A – Parecer Favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte / Faculdade de Medicina de Lisboa sobre o Projeto de Investigação .....</b>	<b>176</b>
<b>Apêndice B – Carta de Apresentação do Projeto de Investigação dirigida aos Médicos Potencialmente Participantes no Estudo .....</b>	<b>177</b>
<b>Apêndice C – Formulário de Consentimento Informado dirigido aos Médicos Participantes no Projeto de Investigação .....</b>	<b>178</b>
<b>Apêndice D – Guião de Entrevistas aos Médicos Participantes no Projeto de Investigação .....</b>	<b>181</b>
<b>Apêndice E – Transcrições de Entrevistas aos Médicos Participantes no Estudo .....</b>	<b>183</b>

# APÊNDICE A – Parecer Favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Faculdade de Medicina sobre o Projeto

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



Hospital  
Pulido Valente



**Presidente**

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

**Vice-Presidente**

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)

**Membros**

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)

Dra. Elisa Pedro (CHLN)

Padre Fernando Sampaio (CHLN)

Dra. Graça Nogueira (CHLN)

Mestre Enfª. Isabel Côrte-Real (CHLN)

Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)

Prof. Doutor António Barbosa (FML)

Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)

Prof. Doutor João Lavinha (FML)

Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)

Prof. Doutor José Barata Moura (FML)

Profª. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exma. Senhora

Dra. Tatiana dos Santos Marques

Lisboa, 3 de Junho de 2013

**Assunto:** Projecto de Investigação "A experiência vivida dos profissionais de Medicina com pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido"

**Relator – Profª. Doutora Maria Luísa Figueira**

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Biética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião em 24 de Abril de 2013, parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE  
ÉTICA CHLN/FML**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 2

## APÊNDICE B – Carta de Apresentação do Projeto de Investigação dirigida aos Médicos Potencialmente Participantes no Estudo



### CARTA DE APRESENTAÇÃO DIRIGIDA AOS PROFISSIONAIS DE MEDICINA POTENCIAIS PARTICIPANTES NO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. Senhor(a) Doutor(a) \_\_\_\_\_,

Eu, Tatiana dos Santos Marques, encontro-me a desenvolver um projeto de investigação sobre “**A Experiência Viva dos Profissionais de Medicina com Pedidos de Eutanásia e de Suicídio Medicamente Assistido**”. Este projeto, que a recebeu aprovação da Comissão de Ética do Centro Académico da Faculdade de Medicina de Lisboa, integra uma parte fulcral da minha dissertação de mestrado em Bioética e, por isso, escrevo-lhe para requerer a sua preciosa colaboração na investigação.

Convido-o(a) a participar neste estudo por entender que a experiência singular de ser explícita e repetidamente solicitado(a), por parte de uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva, inexoravelmente conducente à sua morte, para ajudá-la a terminar com a vida de uma forma deliberada e indolor, através da administração ou da prescrição de fármacos em doses letais, precisa de ser melhor entendida diretamente a partir dos médicos que acreditam já ter vivido essa experiência. Estou disponível para conhecer a natureza e o significado da sua experiência relativa à receção, à exploração e à resposta a um pedido de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia que já lhe tenha sido dirigido por um doente durante a sua prática clínica. Gostaria que partilhasse comigo, ainda, os pensamentos e sentimentos que esse pedido lhe suscitou, bem como as razões que motivaram o pedido e as relações que estabeleceu com o doente e sua família.

O que me impele a dirigir-lhe este convite é, também, o enorme desconhecimento que existe no contexto português face aos pedidos de morte medicamente assistida com os quais alguns médicos vão sendo confrontados ao longo do seu percurso profissional. Atendendo à invisibilidade deste fenómeno e ao fato de eu, enquanto socióloga, não pertencer a nenhuma equipa de cuidados de saúde, considerei oportuno desenvolver uma investigação qualitativa, na qual o(a) convido a participar com a realização de uma entrevista. Esta entrevista aprofundará os temas acima referidos, será gravada no formato áudio, terá a duração aproximada de uma hora e poderá ser realizada na data e no local que mais lhe convier. Esteja ciente de que não existem quaisquer riscos previstos em relação à sua participação nesta investigação, isto porque a confidencialidade será por mim escrupulosamente respeitada com a garantia absoluta do anonimato face à sua identidade pessoal e afiliação institucional, bem como à identidade do doente que lhe dirigiu o pedido de ajuda médica para morrer.

Se reconhece benefícios pessoais, profissionais e científicos em partilhar comigo a sua experiência com um pedido de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido, eu reitero a minha total disponibilidade para conhecê-la e para torná-la acessível a outros médicos, profissionais de saúde e outros ilustres desconhecidos que também tenham vivido uma experiência semelhante à sua e que, por isso, valorizem a enorme importância do seu testemunho. O meu convite para que participe neste estudo concretiza-se através do seu contato para o telemóvel \_\_\_\_\_ ou email \_\_\_\_\_.

Na elevada expectativa de que aceite o meu convite para participar neste projeto de investigação, subscrevo-me apresentando-lhe os melhores cumprimentos,  
Tatiana dos Santos Marques



# APÊNDICE C – Formulário de Consentimento Informado

## dirigido aos Médicos Participantes no Projeto de Investigação



### CONSENTIMENTO INFORMADO DOS MÉDICOS PARTICIPANTES NO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Está a ser solicitado/a a participar voluntariamente num projeto de investigação. Este formulário de consentimento fornece-lhe informações detalhadas sobre a própria investigação. Após a sua compreensão dos benefícios e dos riscos associados ao projeto, e caso nele aceite participar, ser-lhe-á solicitada a sua assinatura no final deste formulário.

O projeto de investigação intitula-se “A Experiência Vivida dos Profissionais de Medicina com Pedidos de Eutanásia e de Suicídio Medicamente Assistido”. Estes pedidos reportam-se a pedidos explícitos, repetidos, informados e bem-reflectidos, efectuados por pessoas com doenças incuráveis, avançadas e progressivas, inexoravelmente conducentes à morte, e dirigidos por essas pessoas aos médicos, no sentido de lhes serem: administrados um ou mais fármacos em doses letais com a intenção de terminarem as suas vidas de uma forma deliberada e indolor (pedidos de eutanásia); e/ou prescritos um ou mais fármacos em doses letais, ou facultadas as instruções necessárias para a sua utilização, com a mesma intenção de terminarem as suas vidas de forma deliberada e indolor (pedidos de suicídio medicamente assistido). Nesta investigação examinam-se as seguintes questões: “Qual é a natureza da experiência de ser solicitado para ajudar alguém a morrer?” e “O que é que a experiência individual de receber, por parte do doente, um pedido de eutanásia ou um pedido de suicídio medicamente assistido significa para cada profissional de Medicina?”.

O projeto de investigação está a ser desenvolvido por Tatiana dos Santos Marques, como parte integrante da sua dissertação de mestrado em Bioética na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Trata-se de um projeto de investigação que já foi aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa. Esta investigação é orientada pela Professora Doutora Graça Carapinheiro, Professora Catedrática do ISCTE-IUL e Investigadora do CIES/ISCTE-IUL, e co-orientada pelo Professor Doutor António Barbosa, Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Diretor do Centro de Bioética e Coordenador do Núcleo de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

#### OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Este projeto de investigação tem, como objectivo geral, a melhor compreensão das experiências vividas pelos profissionais de Medicina que, no decurso das suas práticas clínicas, receberam por parte dos seus doentes pedidos para praticarem a eutanásia ou para lhes prestarem auxílio no suicídio. A fim de alcançar o objectivo geral supra-mencionado, esta investigação cumprirá os seguintes objectivos específicos: descrição das experiências médicas com os pedidos recebidos; conhecimento das interações entre médicos, doentes e familiares envolvidos nos pedidos; descrição das abordagens médicas utilizadas para lidar com e responder aos pedidos; descrição das perspectivas médicas sobre os doentes que lhes solicitaram ajuda para morrer, das reações dos familiares e das motivações subjacentes aos pedidos; e conhecimento do impacto dos pedidos nos médicos e nas suas relações com os doentes, nomeadamente em termos das suas reações emocionais, das suas fontes de apoio e dos factores que influenciaram o processo de tomada de decisões em fim de vida.

## **APÊNDICE C – Formulário de Consentimento Informado**

### **dirigido aos Médicos Participantes no Projeto de Investigação**



#### **DESCRIÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**

Está a ser-lhe solicitado que participe numa entrevista sobre o tema em estudo. Esta conversa será conduzida com recurso a um guião de entrevista, do qual constará um conjunto de questões relativas à sua experiência com a receção de pedidos de ajuda médica para morrer, através de eutanásia ou do suicídio medicamente assistido. Com base nesta entrevista, serão analisados os principais temas discutidos e refletir-se-á, ainda, sobre a compreensão e interpretação da autora do estudo a respeito da sua experiência com o(s) pedido(s) de morte medicamente assistida. Esta entrevista será áudio-gravada e terá uma duração aproximada de uma hora. A entrevista será conduzida pela autora do estudo, ocorrerá na data em que se encontrar disponível e no local que for da sua preferência. Poderá terminar a entrevista em qualquer momento que se sinta cansado(a) ou o desejar fazer.

#### **EFEITOS SECUNDÁRIOS / RISCOS**

A discussão sobre a experiência de já ter sido solicitado(a) por um doente para praticar a eutanásia ou para lhe prestar auxílio no suicídio pode despertar a sua consciência para certos assuntos não adstritos ao fim de vida. A investigadora compreende que, para os profissionais de Medicina que foram confrontados com tais pedidos de morte medicamente assistida nas suas práticas clínicas, nem sempre seja fácil falar abertamente sobre essas experiências, partilhar sentimentos e refletir sobre uma área de discussão extremamente controversa, complexa e sensível. A autora do estudo assegura a cada médico participante na investigação que o mesmo não corre nenhum risco de divulgação de informações privadas e/ou de práticas consideradas ética ou legalmente sancionáveis. Na eventualidade de sentir algum cansaço ou um forte desconforto emocional durante o processo de entrevista, saiba ainda que poderá interrompê-la ou terminá-la em qualquer momento.

#### **BENEFÍCIOS**

Os maiores benefícios decorrentes da sua participação nesta investigação serão a oportunidade de conversar sobre a(s) sua(s) experiência(s) com pedido(s) de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido e a possibilidade de, assim, contribuir para que toda a informação proveniente deste projeto de investigação beneficie outros(as) médicos(as) e restantes profissionais de saúde que já tenham sido ou que ainda venham a ser solicitados pelos seus doentes para participarem numa morte medicamente assistida. Espera-se, ainda, que os resultados desta investigação também se tornem benéficos para todos os indivíduos que tenham um interesse particular por explorar a natureza e compreender os significados associados às vivências destas experiências médicas tão excepcionais quanto singulares.

#### **PRIVACIDADE**

A confidencialidade da entrevista, da respetiva gravação em formato áudio e da sua transcrição será escrupulosamente mantida e assegurada pela própria investigadora. A sua identidade pessoal e a sua afiliação institucional (nomes), bem como a identidade pessoal e a descrição do(s) doente(s) que lhe solicitou que praticasse a eutanásia ou que lhe prestasse auxílio no suicídio, não serão reveladas na dissertação de mestrado nem em qualquer outra

## **APÊNDICE C – Formulário de Consentimento Informado**

### **dirigido aos Médicos Participantes no Projeto de Investigação**



publicação possa daí advir. A si, apenas corresponderá um código numerado para efeitos de análise, apresentação e discussão dos resultados deste projeto de investigação. Terá o direito de consultar a gravação áudio da entrevista e a sua respetivas transcrição, assim como poderá requerer que algumas partes ou a totalidade das transcrições sejam eliminadas e/ou não sejam utilizadas nesta dissertação. Acresce que a transcrição da entrevista será integralmente efetuada pela investigadora e que a sua áudio-gravação será mantidas num lugar seguro e de acesso restrito à autora do estudo.

#### **DIREITO À RECUSA**

A escolha de participar, ou não participar, no projeto de investigação é inteiramente sua. Seja qual for a sua decisão, assegure-se de que a mesma não irá afetar o exercício da sua atividade profissional de forma nenhuma. A autora do estudo responder-lhe-á a qualquer questão que possa surgir e que lhe queira colocar antes, durante e após o processo de condução da entrevista. A autora do estudo (Tatiana Marques) poderá ser contactada através do email \_\_\_\_\_ e do telemóvel \_\_\_\_\_. Atente-se no fato de ter o direito de abandonar o estudo em qualquer momento que lhe pareça oportuno.

#### **CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR**

Eu li e compreendi toda a informação contida neste formulário de consentimento informado, sendo com base nessa mesma informação que aceito participar voluntariamente neste projeto de investigação. Eu estou ciente de que me será facultada uma cópia deste formulário de consentimento, seguidamente assinado por mim e pela investigadora.

Assinatura do Profissional de Medicina

Data

Assinatura da Investigadora

Data

## **APÊNDICE D – Guião de Entrevistas aos Médicos**

### **Participantes no Projeto de Investigação**

*Antes de iniciarmos a nossa conversa, gostaria de lhe agradecer o facto de ter aceite participar neste estudo dedicado à sua experiência vivida, enquanto profissional de Medicina, com pelo menos um pedido explícito, repetido, informado e bem-refletido, efectuado por uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva, inexoravelmente conducente à sua morte, e dirigido por essa pessoa a si, no sentido de lhe ser:*

- ⇒ Administrado um ou mais fármacos em doses letais com a intenção de terminar a sua vida de uma forma deliberada e indolor (Pedido de Eutanásia);*
- ⇒ Prescrito um ou mais fármacos em doses letais, ou facultadas as instruções necessárias para a sua utilização, com a mesma intenção de terminar a sua vida de uma forma deliberada e indolor (Pedido de Suicídio Medicamente Assistido).*

#### **Formação e especialização do médico**

- Indique-me a sua idade.
- Descreva-me, cronologicamente, o seu percurso académico, desde a conclusão do seu curso em Medicina e da(s) sua(s) especialidade(s) médica(s) até à realização de outras formações pós-graduadas. Refira os estabelecimentos universitários que frequentou e os factores que lhe parecem terem sido decisivos no processo de escolha dessas formações complementares.

#### **Experiência profissional do médico**

- Indique-me os principais locais onde já desempenhou funções enquanto médico especialista.
- Fale-me sobre a sua experiência profissional, enquanto médico especialista, e sobre as principais características do universo de doentes de quem cuidou ao longo da vida.
- Fale-me sobre o significado que atribui à sua experiência profissional e sobre os maiores contributos que dela resultaram para a reflexão sobre a sua prática clínica.

#### **Experiência do médico com a recepção de pedidos**

- Fale-me sobre todos os pedidos de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia que já recebeu, por parte dos doentes, no decurso da sua prática clínica. Descreva-me, detalhadamente, as experiências que viveu com os pedidos recebidos.
- Diga-me como interpretou esse(s) pedido(s). Indique-me que significado lhe(s) atribui e que desafios lhe colocaram aos valores que acompanham a sua prática clínica.
- Se recebeu mais do que um pedido, peço-lhe que faça uma retrospectiva de todos os pedidos recebidos e que me diga qual foi o pedido de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia mais difícil para si – nomeadamente, em termos religiosos e espirituais.

*No seguimento da nossa conversa, fale-me sobre o pedido mais significativo ou do único que recebeu.*

#### **Caraterização do doente que realizou o pedido**

- Indique-me a idade, a escolaridade e o estado civil do doente.
- Refira-me os principais cuidadores e os locais de prestação de cuidados ao doente.
- Fale-me sobre o diagnóstico, o prognóstico e a causa de morte do doente.

#### **Caraterização do processo do pedido**

- Fale-me sobre o modo como o doente iniciou conversações consigo sobre o suicídio medicamente assistido e/ou a eutanásia. Refira os assuntos sobre os quais falaram e que discutiram desde o início das conversações até à formulação do pedido.
- Fale-me sobre a forma como o doente lhe formulou o pedido de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia. Refira se houve alterações na formulação desse pedido ao longo do tempo e, em caso afirmativo, diga-me quais foram essas alterações.

## **APÊNDICE D – Guião de Entrevistas aos Médicos**

### **Participantes no Projeto de Investigação**

- Indique-me quanto tempo se passou desde o início das conversações e da formulação do pedido de suicídio medicamente assistido e/ou de eutanásia até ao doente morrer.
- Diga-me se o pedido foi sendo explícito e persistente ao longo do tempo, ou se se tratou de um pedido contido e transitório por parte do doente. Fale-me sobre as suas modificações.
- Fale-me sobre todas as razões que, no seu entender, motivaram o doente a dirigir-lhe um pedido de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia.

#### **Respostas do médico ao pedido**

- Fale-me sobre o modo como acolheu e respondeu ao pedido de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia que lhe foi dirigido pelo doente.
- Fale-me sobre o modo como tomou a decisão de aceitar ou rejeitar esse pedido de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia que o doente lhe dirigiu. Refira os fundamentos da sua decisão e quem participou nesse processo decisório.
- Ao recordar a sua tomada de decisão sobre o pedido de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia, diga-me quais foram as experiências mais positivas e negativas que viveu. Refira o que faria de diferente se pudesse tomar uma decisão novamente.
- Fale-me sobre as suas maiores inquietações e preocupações ao cuidar do doente que lhe dirigiu o pedido de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia.

#### **Reações do médico ao pedido**

- Diga-me como é que se sentiu no momento em que recebeu, enquanto refletiu e quando respondeu ao pedido de suicídio medicamente assistido e/ou de eutanásia.
- Fale-me sobre o modo como a experiência de ter recebido, por parte do doente, um pedido para lhe prestar auxílio no suicídio ou para praticar a eutanásia o afectou emocionalmente.
- Diga-me se sentiu necessidade de falar com alguém, e com quem, sobre os impactos pessoais e profissionais da sua experiência com o pedido de assistência médica ao suicídio / eutanásia. Em caso afirmativo, refira os principais argumentos ou ideias avançados nessa partilha.

#### **Relações entre o médico, o doente e os seus familiares**

- Fale-me sobre a sua relação com o doente antes de ele lhe ter dirigido o pedido de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia. Descreva-me a pessoa que ele era.
- Diga-me se o pedido de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia alterou, de alguma forma, a sua relação com o doente. Em caso afirmativo, indique-me como é que a sua relação com o doente foi alterada pelo pedido.
- Descreva-me as interações que teve com a família do doente. Diga-me como é que os familiares do doente se sentiram relativamente ao pedido de suicídio medicamente assistido e/ou de eutanásia efectuado pelo seu familiar.

#### **Perspectivas médicas sobre a morte medicamente assistida**

- Fale-me sobre o modo como o suicídio medicamente assistido e a eutanásia se enquadram na sua perspectiva sobre o seu papel de médico.
- Diga-me se a sua experiência de recepção de um pedido, efectuado pelo doente, para lhe prestar auxílio no suicídio e/ou para lhe praticar a eutanásia alterou, de alguma forma, a sua perspectiva sobre a prescrição e/ou a administração de fármacos em doses letais no futuro.

#### **Referenciação de um médico que experienciou a recepção de pedidos**

- Indique-me se, para além de si, conhece algum outro médico que também tenha sido solicitado por um doente para lhe prestar auxílio no suicídio e/ou para praticar a eutanásia.

## APÊNDICE E – Transcrições de Entrevistas aos Médicos Participantes no Estudo

<b>TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA A M1 .....</b>	<b>184</b>
Especialidade Médica: Anestesiologia	
Áreas de Diferenciação Profissional: Dor Crónica Oncológica e Cuidados Paliativos	
<b>TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA A M2 .....</b>	<b>217</b>
Especialidade Médica: Medicina Interna	
Áreas de Diferenciação Profissional: Cuidados Paliativos	
<b>TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA A M3 .....</b>	<b>255</b>
Especialidade Médica: Medicina Interna	
Áreas de Diferenciação Profissional: Cuidados Intensivos e Oncologia Médica	
<b>TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA A M4 .....</b>	<b>293</b>
Especialidade Médica: Medicina Interna e Oncologia Médica	
Áreas de Diferenciação Profissional: Oncologia Médica	
<b>TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA A M5 .....</b>	<b>316</b>
Especialidade Médica: Oncologia Médica	
Áreas de Diferenciação Profissional: Transplantação	
<b>TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA A M6 .....</b>	<b>337</b>
Especialidade Médica: Hematologia Clínica	
Áreas de Diferenciação Profissional: Transplantação	
<b>TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA A M7 .....</b>	<b>381</b>
Especialidade Médica: Nefrologia	
Áreas de Diferenciação Profissional: Insuficiência Renal Crónica	
<b>TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA A M8 .....</b>	<b>400</b>
Especialidade Médica: Nefrologia	
Áreas de Diferenciação Profissional: Insuficiência Renal Crónica	
<b>TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA A M9 .....</b>	<b>426</b>
Especialidade Médica: Neurologia	
Áreas de Diferenciação Profissional: Esclerose Lateral Amiotrófica	

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO MÉDICO M1**  
**[M1, Masculino, ≥ 60 anos, Anestesiologia e Medicina Paliativa]**

**E (entrevistadora):** Queria começar por lhe agradecer ter aceite conversar comigo e por lhe fazer algumas perguntas de contextualização. Podia indicar-me a sua idade?  
M (médico): [—] ≥ 60].

**E: [—] > 60] anos. Portanto, pediu a reforma muito antecipadamente.**

M: Foi... não, não pedi! Eu fui fazer uma conferenciuzinha lá à [—], que me pediram e, a dado momento, um advogado que lá estava, portanto, que me conhece... E eu disse que tinha sido expulso. E ele disse: oh, Doutor, não me diga! Que tinha sido expulso e tal e tal... E eu disse: não, se deixei de ter condições de trabalhar no meu serviço, eu chamo a isso uma expulsão! Pronto, foi... Não, eu não saía tão... tão... tão cedo. Não saía tão cedo. Tinha-me... Mantinha-me lá até aos [—] > 60] anos. Tinha isso previsto.

**E: E gostava que me descrevesse, cronologicamente, o seu percurso académico. Ou seja, logo desde a conclusão do curso de Medicina até à conclusão da especialidade e de outras formações pós-graduadas.**

M: Então é assim... Sim, pois... Eu fiz, portanto, a licenciatura no Hospital [—]. Fiz os internatos... O internato geral, nessa altura, em [—]. O Hospital de [—]. Tinha a minha mãe muito doente... Na altura andava por aqui, gostava muito de [—], e gosto muito de [—], mas tinha a minha mãe muito doente e, portanto, entendi aproximar-me mais. Fui para [—], fiz a periferia no [—], em [—], regressiei a [—] e fui para Anestesia. Portanto, escolhi a especialidade de Anestesia. Fiz... fiz... Interessei-me particularmente pela Dor. Fiz uma pós-graduação em Dor e, portanto, particularmente interessou-me a Dor. Tivemos... No [—] tive a ideia em [—]... Em [—] comecei a trabalhar essa ideia de criar uma consulta de Dor Crónica no [—], no Hospital [—], onde... Ah, fiz, portanto... Eu acabei a minha especialidade. Fui para Anestesia, fiz a minha especialidade depois aqui em [—], nos Hospitais [—], e concorri. Nessa altura fomos obrigados a concorrer. Era para ficar em [—], que era o Hospital onde eu estava ligado, mas não abriram vaga tão depressa como noutros hospitais. Fiz... A [—], nessa altura, obrigou os médicos que não estavam nos quadros, portanto, que tinham tirado as especialidades, obrigou os médicos a fazerem os concursos nas áreas... nas regiões... Portanto, na região [—], fiz concurso em [—]. Interessava-me o [—], porque era de lá! A minha mãe já tinha falecido e tinha lá o meu pai e, portanto, era bastante conhecido como sabe. E ganhei o concurso... Éramos muitos a concorrer, mas também aos outros não lhes interessava muito e, portanto, ganhei o concurso. E, logo nessa altura, em [—], logo nessa altura... interessei-me por iniciar, portanto, uma consulta de Anestesia, que não havia, e depois uma consulta de Dor Crónica. E é aí que surge, portanto, a Unidade da Dor com as características que depois veio a ter. Consegui, de fato, uma... uma... consegui uma enfermaria. Porquê? Porque houve um caso [—]... Aliás, há um documento [—], estão lá os artigos da Unidade de Dor. Todo o percurso da Unidade de Dor está lá tudo documentado. Falta-me o último artigo, [—], que ainda não está lá. Pronto está o primeiro artigo da formação... Ponha isso no Google, o nome completo, portanto, e apanha, depois, o [—] e estão lá esses artigos. Está lá o primeiro, que é sobre... O que eu lhe ia contar, portanto... está lá isso tudo. São artigos extensos, mas estão todos... É por datas, é por... O segundo artigo é sobre a

formação no serviço, o primeiro é a formação do serviço até à minha saída... A formação no serviço, portanto, as pessoas que por lá passaram, tudo o que se fez, tudo, tudo, tudo... está lá tudo. E, depois, está um terceiro que é sobre os trabalhos publicados a partir do serviço e, depois, o quarto que é sobre a imprensa, não está feito, mas hei de publicá-lo. Fiz, depois, um...

**E: Diga-me só uma coisa: a sua [—] em Dor foi feita onde e quando?**

M: Eu fiz... eu fiz... eu fiz antes de iniciar, portanto, o trabalho no Hospital [—]. Portanto, fui eu o responsável da Unidade de Dor. Eu fiz um mês de... de... Estive um mês no Hospital [—]. No Hospital [—] com o Doutor [—] e a... Portanto, fiz uma... Na altura era assim, portanto, tive um certificado de um mês de...de... portanto, de treino, de... Portanto, fiz um trabalho de... apresentei um trabalho, que foi publicado e está trabalhado, depois, num outro jornal, num livrinho [—]. Um trabalho sobre a Dor Oncológica em Unidades de Dor e não... Dor Oncológica rebelde [—]. Aí vai encontrar tudo isso. Depois fiz em [—] uma... iniciei [—]. Fiz o curso de [—]. Portanto, na [—]. Fiz os créditos todos, entreguei, portanto, a tese, não a discuti. Não entreguei a tese completamente, não a acabei porque, depois, nesta fase já muito complexa para mim de presença permanente no Hospital [—], acabei por não o acabar... Não o acabei ainda, pronto! Não o acabei ainda! Era sobre... sobre... sobre a [—]... Era sobre o papel da informação nos doentes com doença avançada, com dor crónica, em tratamento. Isto é, se a informação tem efeitos sobre... sobre... Enfim, se se pode correlacionar a informação com, portanto, o nível de medicação feita a esses doentes. Complexo! Meti-me numa coisa muito complicada... (risos) E tenho que acabar isso, mas não fiz... Mas fiz... fiz [—] Janos, fiz o curso de... os créditos todos de... O [—], porque é dos [—] antigos, embora seja na [—].

**E: Tanto a [—], ou aquele curso [—] foram feitos em que anos?**

M: Portanto, a [—], digamos assim, esse treino na Dor foi em [—], parece que foi em [—]. Portanto, nós abrimos em... eu fiz as propostas nessa altura, em [—]. Foi em [—]. E fiz [—]. E fiz depois visitas a vários... particularmente, em [—]. Estive [—] lá no [—] Hospice duas vezes e visitei outros de [—]. Portanto com essas equipas tive alguns contatos e tive lá algum tempo. Não muito tempo, mas tive contato. E... e... e, como anestesista, achei que... que... E é isso que eu defendo nas especialidades... é isso que eu tenho defendido! As especialidades nascem a partir de outros... de outros... de outros... Não é de outros, é de profissionais que têm... que têm outra formação, digamos assim, e que se vão posicionando no sentido de fazer nascer... vão-se confrontando com as necessidades dos doentes e vão desenvolvendo estratégias. E é assim que nascem todas as especialidades. As especialidades não nascem feitas. E, por exemplo, eu penso que nós tivemos aí um papel que foi: partindo de... praticamente de... do nada, não é? De termos tido, de fato, a percepção de que aqueles doentes... E foi! Aqueles doentes... Porque o caso é histórico neste sentido. O Jornal do [—] publica um primeiro caso de um doente abandonado, que é de [—]. E eu fui lá, porque o diretor do jornal pedia-me para eu escrever umas coisinhas, assim, de vez em quando. E, nessa altura, eu tinha colaboração com o Jornal do [—], já há muitos anos. Desde... Comecei a colaborar no Jornal do [—] em [—]... há muitos anos! E o diretor do jornal pediu-me para eu ir com... E era um doente abandonado! Um doente com um tumor da orofaringe, com destruição da face, há

três meses no domicílio, uma aldeiazinha da [—], sem qualquer assistência. Nem enfermagem, nem... só a esposa. A esposa é que... que... Um tubo de alimentação de meses, negro, preto, quer dizer... Uma situação... Moscas... Uma situação... Está descrito nesses textos. Tem isso tudo na internet, pode... Consegue ver. Pronto, no fundo, esta situação permitiu-me que eu, tendo interesse em iniciar a consulta de Dor Crônica, uma consulta, pedisse internamento para essa consulta. E deram-me o internamento! Foi um escândalo aquele caso e deram-me o internamento. Eu pedi à administração e deram-me... e deram-me uma enfermaria de cinco camas. Que nós dividimos: mulheres de um lado... Muito interessante... Em [—]! Portanto, estamos em [—]. Não se falava em Cuidados Paliativos! Eu sabia que havia... existiam os Cuidados Paliativos, mas não... não falava em Cuidados Paliativos. Era uma Unidade de Dor crônica para doentes oncológicos terminais, para darmos assistência a esses doentes. Obviamente com um médico, com os enfermeiros, para darmos uma assistência total. E eu sempre... Sempre defendi isso, não é? Eu sempre trabalhei com um médico... Mesmo na minha especialidade, sempre trabalhei em Cuidados Intensivos, sempre trabalhei nas Equipas de Urgência Geral e sempre tive a noção que um médico primeiro é um médico completo, um médico geral. Fazemos tudo! E, depois, especializamo-nos, mas continuando... E foi o que eu disse sempre na minha equipa. Nós... Nós aqui somos todos... temos a nossa competência, naturalmente, mas trabalhamos todos para o mesmo efeito, não há aqui especialidades mais importantes que outras. Trabalhamos todos para o mesmo efeito e há, inclusivamente, tarefas comuns. Há coisas que são comuns! É comum ao médico, comum ao auxiliar... Sei lá... O telefone toca. É para qualquer um! Não é para a secretária, é para quem está junto do telefone. Alguém chega ao serviço, o serviço está sempre aberto! O serviço estava sempre aberto... A noite fechava, naturalmente, mas os familiares ficavam lá dentro, portanto, tínhamos isso preparado para isso. Mas chega uma pessoa ao serviço e está ali o médico ou a psicóloga, ou o... não... não... não faz de conta, não é? Vai imediatamente ver o que é... Vamos organizar uma reunião, um congresso, uma... uma... uma atividade do serviço; é da equipa! Portanto, o grupo é todo a colaborar! Portanto, havia tarefas comuns. A reunião multidisciplinar é para todos! Que é uma coisa que desapareceu... No fundo, é uma coisa... E uma coisa que foi, que eu sempre defendi: a reunião é estrutural! A reunião semanal, para além dos contatos que todos fazíamos... A reunião semanal com todos os elementos da equipa é para todos... é para todos! Só já não consegui, porque os auxiliares de ação médica... Eu já tinha isso tudo preparado com a responsável... Tinha havido uma mudança dos responsáveis... Eu já tinha isso tudo preparado para estar também uma auxiliar de ação médica na equipa em que estava o assistente religioso, o farmacêutico, o assistente social, o psicólogo, os enfermeiros, os médicos. Portanto, estávamos todos, não é? Portanto, havia tarefas comuns. E eu talvez me tenha perdido agora um pouco...

**E: Não, eu queria-lhe só perguntar se se recorda, para ter desenvolvido ultimamente o seu percurso na área da Dor Crônica e, depois, dos Cuidados Paliativos de uma forma pioneira... Quería-lhe perguntar quais foram os fatores que, para si, foram decisivos no processo de escolha das suas formações e das suas especializações.**

M: Não, foi assim... Eu tirei Anestesia, não é? Anestesia, porque... porque... Até podia tirar... Na altura podia ter ido para Cardiologia, Oftalmologia... Tinha Oftalmologia na [—], que era um colega, portanto, que estava... Porque nós fazíamos aqueles exames, não é?, aquelas perguntas. E eu tinha Cardiologia na... Que eram duas que me... Oftalmologia

não me interessava, mas a Cardiologia era, porque eu tinha trabalhado... tinha feito uma parte na Cardiologia e era uma das que me... Mas tinha que ir para o [—]. E ele disse: bem, não... E eu: Anestesia, porque sabia que a Anestesia tinha uma potencialidade muito grande, particularmente em... Sabia que era uma especialidade de bloco, terrivelmente de bloco! Os meus colegas era o bloco, perdidos e achados no bloco. Mas que era uma especialidade que podia dar outras saídas... que era uma especialidade reconhecida. Tinha o Doutor [—]... Eu já tinha trabalhado com o Doutor [—]. O Doutor [—] tinha sido o pioneiro na Consulta de Dor em Portugal. A primeira Consulta é de [—] e foi no [—]. E foi ele. E, portanto, tinha assim uma visão... E tinha uma visão do... E tinha, particularmente, uma coisa que, a mim, me preocupava muito. Não me preocupava, mas que me... para a minha maneira de ser, não...! Que era: os doentes abandonados! O abandono dos doentes, aqueles doentes que já não são de ninguém, que já não há nada a fazer... Isso a mim dava-me uma revolta, uma... E essa... E a noção do sofrimento dos doentes, de que... de que não podia ser assim! E, portanto, isso foi, no fundo, aquilo que me... Sabendo que era possível... que era possível, pela Dor... pela Dor, porque era anestesista, tinha essa competência. A Anestesia tinha já... Portanto, havia um despacho da ministra Beleza em que falava lá nas competências do anestesista, no trabalho da dor, nas Unidades de Dor Crônica, etc. Portanto, vinha lá isso tudo. E eu sabia que havia ali uma... E, portanto, e eu sabia que era possível! E a Dor, sendo um dos sintomas mais... mais... mais prevalentes, digamos, nestes doentes, era uma forma de os apanhar. E foi por aí, quer dizer... Pronto, eu gosto muito da... da... da... da História da Medicina. Portanto, tenho-me dedicado muito a isso e, portanto, tinha essa visão, também, digamos... Uma visão... Eu não gosto de lhe chamar humanista, não gosto de lhe chamar nada disso. Eu digo sempre assim, mesmo nas minhas... Aos alunos, eu digo sempre assim: os Cuidados Paliativos são a Medicina normal. Filosofia dos Cuidados Paliativos? Erro! Filosofia da Medicina! Filosofia da Medicina, vamos ver como é que é nos Cuidados Paliativos. Não há diferenças! Isto de falarmos em... Os Cuidados Paliativos são uma parte da Medicina como são as outras! Depois tem a sua especificidade técnica, as suas... o que se faz, não é? Agora, Princípios? Os Princípios são iguais! Filosofia? Mas Filosofia, como? A Filosofia é a da Medicina! É a Filosofia da Medicina! É os Princípios da Ética: não fazer o mal, fazer o bem, respeitar o doente e a justiça! E fazer aquilo que o doente precisa, aquilo que a arte da Medicina diz que é adequado naquele caso concreto. Se a arte da Medicina, se o conhecimento médico, se diz que se tem que tratar a Dor em vez de este doente andar a fazer a Dor com opióides, em vez de andar a fazer quimioterapias e não sei quantos... Se a arte da Medicina diz que é isso, é isso que se deve fazer. Portanto, vamos fazer... vamos fazer a Medicina normal. O médico não pode abandonar o doente enquanto estiver vivo, até porque está doente! Se ele está doente, então vai abandonar o doente? E tem a obrigação de... com a equipa... Pronto, isso é outro Princípio fundamental: o médico é um dos elementos da equipa. Portanto, o médico tem as suas competências, como tem o enfermeiro. Todos têm a sua competência, mas todos trabalham para o mesmo! E, portanto, não há ali o médico é que é importante e o médico é que...! Portanto, o médico tem... tem... tem... tem, por lei, competências como receitar, etc. Mas, portanto, a minha... A razão foi essa. Foi, digamos, o contato com os doentes, portanto, com os doentes graves, com doentes abandonados, com doentes do não há nada... Eu sabia isso! Eu conhecia isso! Essa frase terrível do: não há nada a fazer! Tinha... tinha... conhecia essa parte da Medicina e, portanto, isso é me que fez com que,



sendo anestesista e estando a trabalhar num hospital que tinha Cirurgia, tinha menos, digamos, cirurgiões e, portanto, permitia-me algum tempo de eu me... de eu puder fazer outras coisas também. E, portanto, foi... foi por isso que... que me dediquei. E começámos logo a ter doentes e começámos logo a ter a Unidade cheia! *(risos)*

**E: Era isso que lhe eu ia perguntar. Se depois de toda a tentativa que fez de visitar...**  
M: Eu eu não... Eu não conhecia... Nessa altura eu não conhecia ainda. Eu fiz a formação em Dor e fiz depois essa pós...

**E: E de ir a [—] e de isso tudo.**

M: Só depois! Já foi depois, já foi depois... Quem falou primeiro nos Cuidados Paliativos no Hospital do [—] foi o Doutor [—] em [—]. Hospital do [—], que hoje é o do Centro Hospitalar. Foi fundado na Unidade da Dor do Hospital do [—]. Vim a [—], falei com elementos da Liga e pedi-lhes para irem lá... E o Doutor [—] foi também e a Doutora [—]. Foi lá o padre [—], que esteve também na abertura. O padre [—] ajudou-nos muito.

**E: Mas a minha dúvida era: o seu interesse pelos Cuidados Paliativos. Vem na continuidade da questão da Dor, não vem?**

M: O meu interesse... Sim, portanto, eu cheguei lá... eu cheguei lá pela Anestesia e pela Dor. E por ser médico, mais nada! Exclusivamente isso. E por ter conhecimento, contato de realidades. É isto! Mais nada, não é mais nada! Não é mais nada, quer dizer... não é mais nada.

**E: Então não houve uma motivação intrínseca para ser médico de Cuidados Paliativos?**

M: Não! Não! É simplesmente isto, quer dizer... É simplesmente isto. Simplesmente, o fato de... de ser anestesista, portanto, ser médico... médico! Saber e ter... e ter... e ter uma ideia de que o médico... Porque tenho isso e, aliás, tenho refletido sobre isso. Portanto, a especialização em Medicina vem depois de um curso geral, em que esse curso geral é... é basilar! Quer dizer, a pessoa... Um especialista... Que, infelizmente, é assim! Um especialista de uma área qualquer esquece tudo o resto ou, não esquece, mas ignora tudo o resto e, exclusivamente, se dedica a uma... Depois as coisas não funcionam às vezes. É um pouco a minha experiência, digamos, em trabalhar... em trabalhar em equipas também de Medicina Geral, que trabalhei sempre em Cuidados Intensivos, onde também a eutanásia... um caso. Um caso que aparece aí também, mas aí ainda não trabalhava em Cuidados Paliativos. Ainda não... ainda não... ainda não existia. O meu trabalho era um trabalho em Cuidados Intensivos, porque era anestesista e não tinha... e não... não... vivia em [—]. Portanto, digamos... A minha ideia fundamental é esta: eu considero essencial que... Eu estou a falar em médico, portanto... O médico trabalha com uma equipa, em primeiro lugar. Depois o médico é um médico que... que presta cuidados, que presta serviços... O médico é um prestador de serviços, naturalmente, ao doente enquanto está vivo... e enquanto está vivo. E não o abandona, particularmente em situações em que ele está... em que está a precisar de cuidados que, hoje sabemos, que são os Cuidados Paliativos. Que são, portanto... Hoje é uma especialidade médica, não é? Portanto, hoje é os Cuidados Paliativos que já estão definidos concretamente... que antigamente não estariam, mas que hoje estão definidos concretamente. Portanto, foi isso... Foi! Cheguei

lá pela Dor... Cheguei lá pela Dor e por ser médico e ter a consciência de que os doentes devem ser tratados durante todo o seu percurso de doença, enquanto estão vivos até à morte. E os Cuidados Paliativos, depois, ajudam os familiares vivos, que estão... que continuam vivos. Ajudam também os familiares vivos. Mas, do ponto de vista do doente, é até à morte do doente. Até exatamente à morte! O médico está presente, não é? Deve estar presente. Presente, entende, metaforicamente... Presente, no sentido de... está... está envolvido... envolvido nos cuidados que estão a ser prestados. E pode até estar presente fisicamente, como muitas vezes... como tantas vezes aconteceu, não é? Com a família, que é... enfim, que é uma ajuda importante. O médico está presente nessa altura, não é?

**E: Hm hm... Queria-lhe perguntar, em relação à sua experiência profissional, disse-me que trabalhou sempre em exclusividade no sector público. Queria que me fizesse uma revisão sobre os locais por onde já desempenhou funções após a conclusão da especialidade.**

M: Foi... Portanto, eu trabalhei... eu trabalhei... Fiz a especialidade em [—], depois trabalhei no Hospital de [—] e trabalhei no Hospital do [—]. Eu estive até [—] em [—], no bloco e nos Cuidados Intensivos. E, portanto... Eu terminei a especialidade em [—]. Fiz o concurso em [—]. Portanto, ainda estive [—] anos no Hospital [—], nos Cuidados Intensivos e no bloco operatório e na urgência, pronto. E, depois, no Hospital do [—] fiz, depois, tudo o resto. Foi onde eu fiz... O meu concurso de [—] e, depois, de [—] já foi tudo no Hospital [—]. Foi tudo no Hospital [—] que fiz.

**E: Mas no Hospital [—] desempenhou funções muito diferentes?**

M: Não, só trabalhei... Trabalhei no bloco operatório, pertenci sempre à equipa de Medicina por... por... por escolha do diretor do Serviço de Medicina, que sempre me pediu para eu integrar a equipa de Medicina Geral do hospital. Portanto e até cheguei a... Portanto, a... Em tempo de férias, a substituir o diretor do serviço, o único médico que trabalhava lá nessa altura! Estava tudo de férias na Medicina... Portanto, sempre tive... Pronto, mas... E no Hospital do [—] tive... também desenvolvemos uma... iniciámos uma Unidade de Hemoterapia, que hoje é um grupo de colheita de sangue nos bombeiros, porque depois saiu do hospital. Portanto, a colheita é [—] que lá vai fazer. Portanto, tivesse essa atividade e, depois, sempre me dediquei a outras coisas... À cultura, à cultura! A outras coisas, a outras coisas... *(risos)*

**E: Mas dentro do hospital, depois, desempenhou funções, sobretudo... Quando é que começou na área da Dor, nos Cuidados Paliativos?**

M: Portanto... Isso foi em [—], que nós iniciámos, em [—]. Como Unidade de Dor com internamento. O que é novo... o que é novo em Portugal é que temos uma estrutura num hospital público, com internamento, para doentes oncológicos terminais. Na altura falávamos assim: doentes oncológicos terminais, em que eram captados, digamos assim, pela dor. Quer dizer, o nosso... Portanto, o doente... e todos os doentes têm dor! Os doentes oncológicos têm dor e, portanto, podíamos ter, digamos, acesso a quase todos os doentes oncológicos avançados... avançados. Claro que isto não nasce feito no conhecimento. Um dos maiores entraves, muitas vezes, são os colegas, que não têm conhecimento e que isto não lhes diz muito! E, portanto, o grande entrave que... que nós notámos na transição dos doentes para Cuidados Paliativos foram, exatamente, os

médicos! Porquê? Porque: ou abandonam sem dar indicações ou continuam em encarniçamento terapêutico, não é?, obstinação terapêutica, não é? Portanto, são as duas...

**E: Qual é o perfil de doentes de quem cuidou ao longo da sua vida profissional?**

M: Foram praticamente todos oncológicos. Tivemos alguns doentes já... já... mais modernamente, digamos, mais nos últimos tempos, alguns doentes com insuficiências cardíacas, não muitos, doentes neurológicos, mas muito pouco! E porquê? Porque os médicos não indicam esses doentes! E outro Princípio que nós tínhamos era: nós não somos heróis nem coitadinhos! Somos profissionais e, portanto, estamos...E, portanto... E isso era bom para os profissionais como nós. Porque os profissionais sentiam-se iguais aos outros e a puder progredir, fazer as suas carreiras normalmente, não é? Estamos a falar em tempos precários, em que não se fala... em que os Cuidados Paliativos não existem praticamente em Portugal, não é? Portanto, estamos a falar em tempos... E a outra... e a outra... e a outra... e o outro Princípio que tínhamos era: nós não vamos buscar doentes, mas não recusamos doentes dentro dos critérios. Isto é, eu não chego à Urgência e vejo um doente que até é doente de Cuidados Paliativos e digo assim: ah, este doente é para os Cuidados Paliativos. Não! Posso, quando muito, tentar um contato com o colega que esteja a tratar deste doente, quando muito...! Porque não nos compete a nós! É... A continuidade vem de trás. É os médicos que estão a tratar os doentes que devem ter conhecimento que os Cuidados Paliativos são importantes e que podem ser feitos, inclusivamente, ao mesmo tempo. Quer dizer, não é necessário... Também não aceitava muito essa ideia de: o doente é despachado para os Cuidados Paliativos. Não! O doente tem Cuidados Paliativos e nós vamos jogando com as... Quer dizer, é importante que os médicos que... particularmente o Médico de Família, que tratou esse doente até essa fase, continue ligado de alguma forma, não é? Até porque é importante! Isso deve continuar. Portanto, o que se passou, portanto, ali foi... De fato, um serviço... Portanto, deste tipo... Portanto, com internamento, doentes oncológicos avançados, particularmente doentes que eram seguidos em [—]. Em [—] particularmente e que... e, portanto, e também na zona, mas mais de [—].

**E: Qual é o significado que atribui à sua experiência profissional e quais considera terem sido os maiores contributos que dela resultaram para a sua reflexão sobre a sua prática clínica?**

M: Eu continuo a dizer um pouco o mesmo, quer dizer... Eu penso que um médico está perante um doente e um doente tem uma doença ou... Em Cuidados Paliativos a doença já é secundária, já é... enfim, é a situação do doente. Digamos, eu sempre vi... tive... tive sempre... me regí por duas ideias... dois princípios, digamos assim, básicos ou fundamentais. Por um lado, o doente é um ser humano, um ser humano que tem... tem... tem a dimensão física, do corpo, a dimensão psicológica, emocional, social e espiritual. Portanto, enfim... A espiritual, não a religião, mas como essa dimensão, quer dizer, que todos nós temos, que pode ou não... ter religião também, ou não. E, depois, os princípios da Ética, que é... e do não-abandono. Por exemplo, essa ideia do... Portanto, os Princípios da Ética é: fazer o melhor... fazer bem ao doente, não é? Utilizar os meus conhecimentos no sentido de dar resposta às necessidades daquele doente. Não o discriminar, respeitá-lo como pessoa e a sua vontade, suas crenças, os seus valores, etc. E a justiça, isto é: eu tenho a obrigação de, perante um doente que tem muitas necessidades, e se eu puder

repartir e se puder fazê-lo chegar, tenho essa obrigação como... como... Portanto, esses princípios, quer dizer... O doente como... como totalidade, em que a parte social tem uma importância enorme, mas não... não... não reconheço a classificação de doente social, que não sei... que acontece muito! Ouve-se muito: um doente social, é um doente social, vai para os Cuidados Paliativos porque é um doente social! Não... não reconheço isso. Mas a essa parte social sempre dei muita... muita importância. E foi isto, quer dizer... De fato, a minha experiência enriqueceu-me e demonstrou que isto era verdade! Quer dizer, vamos lá ver... Eu tive isto antes ou depois? São ideias que a gente tem, não é? A nossa formação... Mas eu digo que estas são as minhas ideias claras sobre a minha prática profissional. Saber... ter conhecimento concreto e treino. É, portanto, ter conhecimento científico, portanto, formação rigorosa, saber manejar bem a morfina, saber... Portanto, ser tão rigoroso em Cuidados Paliativos como sou na Anestesia. Isto é... Por isso é que eu dizia... E os critérios do Hospital do [—] eles estão lá, logo de [—]. O doente tem que trazer o diagnóstico e, em princípio, trazer o documento do médico. Estou a dizer o doente trazer, porque ele vem do médico, não é? Trazer a histologia do tumor. Por esta altura falávamos só em doentes oncológicos. Isto há [—] > 20] anos, não é?

**E: E todos estes Princípios resultam da sua postura pessoal perante a Medicina?**

M: Da minha postura, sim... da minha visão da Medicina. Da minha visão da Medicina!

**E: Queria que me dissesse também... Depois de toda esta experiência de muitos anos... Ponto número 1: que significado é que lhe atribui? Ponto número 2: o que é que dela retira, ou retirou, para estimular a sua reflexão? O que é que dela adveio?**

M: Não, eu continuo a dizer... Digamos, o que eu... o que eu... o que eu verifiquei é que a Medicina deve ser praticada assim. Isto é, nós sentimos que... que... que a nossa prática, não é?, sentimos que a nossa prática resulta desta forma, não é? Resulta! Isto é, há um... há um... há um resultado... há um resultado desta forma. Um resultado que... que eu direi que será melhor do que se trabalhássemos de outra forma, não é? E reforçou a minha ideia da normalidade destas coisas, quer dizer... Eu não... eu não... eu não vejo que, nestas profissões da saúde, que nós tenhamos que aqui encontrar coisas excecionais. Têm as suas especificidades. Elas vão aí... Portanto, há necessidades provocadas pela doença e... pela doença, de uma forma geral, naquele ser humano. Aquele ser humano está atingido, ele vai ter que ter resposta. Têm que se resolver os problemas que não são só de ordem física, habitualmente, são também de ordem de... Por isso é que eu digo! Isto não é dos Cuidados Paliativos! Porque um doente tem um enfarte do miocárdio e que entra... e que entra numa Unidade de Cuidados Intensivos tem os mesmos problemas. Tem os problemas sociais, psicológicos, tem os problemas todos. Não tem... Não é porque... É só nos Cuidados Paliativos? É só porque a pessoa vai... vai...? E o doente pode não... pode não... pode não morrer! Pode não morrer! Está em situação grave, mas pode não morrer! Mesmo um doente que tem uma outra situação de uma... de uma cirurgia de urgência por uma perfuração de uma via, etc., passa por um processo em que os problemas... são os mesmos problemas! Portanto, eu vou-lhe dizer... Eu... eu... eu... A minha forma de encarar o meu trabalho foi que, efetivamente, deve ser feito desta forma! E é fazendo o trabalho desta forma na Medicina que se tem os resultados que... mas também não estou a aprender nada. Não estou a aprender nada, porque isso é o que vem nos livros. Portanto,

Filosofia dos Cuidados Paliativos? Ah...! Eu digo: Filosofia da Medicina! Filosofia, que a Filosofia da Medicina é a Filosofia de todas as profissões que se ligam à saúde, não é?

**E: Hm hm... Querida que me falasse agora da sua experiência pessoal com o tema que realmente me trás aqui. E queria-lhe perguntar, porque a sua experiência é muito longa e é por isso que é tão rica e eu quis muito... Fiz muita questão de falar consigo! Porque eu li na página da internet da [—] aquele textinho que o Doutor escreveu sobre [—] e, depois, também vi o seu debate online... E apercebi-me, nesse contatos muitos gerais que fiz, numa abordagem prévia, de que, de fato, tinha, pelo menos, dois pedidos recebidos ao longo da sua prática clínica. Embora, agora, me tenha falado de um terceiro... Portanto, aquilo que eu queria perguntar-lhe em concreto era... ou queria-lhe pedir em concreto era que me descrevesse todos os pedidos de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia que já recebeu, por parte dos doentes, no decurso da sua prática clínica. E que me descrevesse detalhadamente a sua experiência pessoal com todos os pedidos recebidos.**

M: Portanto, é assim...! Vamos lá ver...! Os pedidos... Primeiro, clarificar os pedidos. O pedido... A primeira situação, que é... que não é de eutanásia... É assim, vamos lá ver... Clarificando... Fala num terceiro caso, que é o primeiro. Ele não é propriamente um pedido de eutanásia. Porque eutanásia é: o doente pede-me que eu lhe provoque a morte. O primeiro caso é um caso que... Eu estava nos Cuidados Intensivos e há um doente que tem uma insuficiência respiratória crónica terminal, digamos assim, mas com reposta... resposta em ventilação assistida, em ventilação mecânica, portanto... em ventilação mecânica. Isto é um doente que chega à Urgência. O doente... o doente... o doente tem um problema, portanto... É pedido os Cuidados Intensivos, ele vai para os Cuidados Intensivos, é ventilado mecanicamente. E, pronto, o doente consegue-se manter vivo mecanicamente ventilado. Mas o doente consciente, o doente consciente! E o doente já estava há muito tempo nos Cuidados Intensivos e tentava-se, então... tentava-se, então, desmamar o doente. O doente ficar... Pronto, o doente tinha que ser sedado, porque ele... ele agitava-se, tinha uma situação muito complicada, com uma situação de qualidade de vida terrível, infima. Não sei... eu não sei refletir sobre Cuidados Paliativos nesta altura! Não sei... não sei... não existem... não existem em Portugal! Eu estou-lhe a falar em 1988. E há tentativas... Portanto, nós temos... o Doutor [—] é que era o Diretor do Serviço, um excelente internista, um... E o doente... A tentativa de desmame é: vai-se tirando o ventilador, vai-se tirando, tira-se por uns períodos a ver se resulta, se não resulta tem que se ventilar outra vez. E, uma noite, ao cair da noite, estávamos nisto e ele falou comigo. Tínhamos entubado, ele muito aflito... ele muito aflito! E ele pegou-me na mão e disse-me assim: Doutor, não me volte a fazer isto! Pediu-me mesmo!

**E: Isto, o quê?**

M: Entubá-lo! Entubá-lo! Não me volte a fazer isto! E eu disse: então...! Os doentes começam a ficar muito sinusados, não é? Muito sinusados. Depois, a gasimetria... A gasimetria... Pronto, a situação está crítica, crítica, crítica, crítica, crítica! O doente morre! Pronto, no dia seguinte, o Doutor [—] puxou-me as orelhas, aquelas coisas... aquelas coisas... Pronto. Porque eu tinha que o ter entubado novamente, aquelas coisas... Portanto, é a primeira situação que eu tenho. Eu fiquei de bem com a minha... a consciência tranquila, porque o doente foi... eu estive a falar com ele até enquanto ele

esteve... esteve... depois ficou obnubilado. Portanto, era uma situação considerada de... de dependência total do ventilador. O doente foi muito claro... Claro, claríssimo! Claríssimo, claríssimo, claríssimo! Sabia... porque o doente sabia o que é que lhe acontecia quando ficava naquela situação. Sabia que lhe metiam uns tubos e ele ficava... Pronto, esta é uma situação de, de fato, pedido não de eutanásia, mas de pedido... Ele não me diz: mate-me. Ele diz-me apenas: não me faça... E isso é eutanásia, como sabemos, não é? Nessa altura, o Doutor [—] veio com a... Isso é... é um procedimento correto, penso eu. Que é... é não... não... não... não manter... portanto, é a pedido do doente! Claro que devia haver testemunhas, essas coisas assim, porque levantam-se estas questões todas, não é? Mas, enfim... de não utilizar meios artificiais de... meios artificiais, não é? Porque é um meio artificial! Ele só consegue estar vivo, porque já estava há meses, já lá estava há muito tempo! A situação já andava ali... Ele estava muito traumatizado com aquelas... com aquelas... Por isso é que ele estava consciente e foi a mim que mo pediu, não é? Ele podia ter pedido a outros, não ouvi, mas... não ouvi a ninguém, mas a mim pediu-me. Isso aconteceu! Não é pedido de eutanásia, é um pedido de deixe-me morrer em paz, não me... não me... Portanto, a primeira situação. A outra situação é mesmo no início... é mesmo no início. Nós já temos a Unidade e eu recebi um contato de uma pessoa, que era a esposa de um doente, um doente de [—] [> 30] anos. De um doente de [—] e a esposa entrou em contato comigo e disse-me assim: oh Doutor, eu não o conheço, mas há um amigo que é nosso, que o amigo era caçador e tinha... era industrial de hotelaria. E havia... havia um colega meu que eles conheciam, que era amigo deles e... e diz-me assim: olhe, nós não o conhecemos, mas há um amigo seu, que é o Doutor fulano assim assim, que pediu, que me deu o seu contato e que... e para falar consigo... e a situação é esta. E ela disse-me! E eu, na altura, não tinha... Nós não nascemos ensinados, nem pouco mais ou menos! E ela diz-me assim: olhe, o meu... o meu... o meu marido tem um tumor do reto, já foi operado “n” vezes, está a morrer, vai morrer, tem dores atrozes e sabemos que não há nada a fazer; ele foi operado no Hospital [—], foi operado pelo tal fulano assim assim, fez muitas cirurgias, estava cheio de... de... de fistulas com sacos de colostomia por todo o corpo, estava caquético, estava... estava completamente... sei que não há nada a fazer, mas se nos puder dar alguma ajuda, se puder dar alguma ajuda... a situação é horrível, atroz! E eu disse: bem, eu não conheço a situação, mas, pronto, o que eu posso... É assim... É trazê-lo, tragam-no! Podem-no trazer? Ai, com certeza, é já! Portanto, se o Doutor aceita, vamos já, vamos já! Pronto, eu estou cá no hospital e... e... e... E quando chegaram ao hospital, ele vinha muito mal, muito mal, muito mal... Vinha a esposa, vinha a mãe, a mãe tinha morrido o marido com um cancro do... do... um cancro cerebral. Portanto, tinha sido uma situação muito complicada para a mãe. A mãe era uma senhora espantosa! Espantosa, porque ela nunca mais dormiu enquanto eu assisti, depois, o doente. E quando chegou... chegou a esposa, a mãe e o irmão da mãe. Vinham de preto, vinham, assim, numa situação... Pessoas de [—] e, portanto... O doente vivia numa aldeiazinha próxima de [—], onde tinha o... uma coisa qualquer... Era aí que ele vivia, mas eram de [—]. E quando... quando chegaram, íamos no corredor, e o tio... A mãe nunca disse nada! A mãe sempre com um... nunca me... cumprimentou, mas sempre com um... com um... portanto, com aquela mágoa, com aquela situação própria da... E o tio diz-me assim, puxou-me assim para trás, e diz-me assim: Doutor, acabe com isto! Acabe com isto! Um horror! Isto não pode continuar! Portanto, acabe com isto! E eu... Este é o pedido, portanto... cá está! É um pedido feito pela família! Portanto, temos que ter

atenção que a maior parte dos pedidos são feitos pela família ou por médicos, não são pelos doentes. Os pedidos de... de acabar... aqui já estamos a falar concretamente em terminar com a vida, não é? Aqui não se está a falar em... em... em trate a dor, veja lá...! Não pediu, porquê? Porque o doente tinha sido muito maltratado, embora sendo uma pessoa VIP, de alguma forma, nunca tinha feito terapêuticas de dor. Andava com um ben-u-ron e com uns... com uns... Nolotil, umas coisas assim! Portanto, é a falência total da Medicina portuguesa, à portuguesa, como é Portugal! Que é a falência que temos aí, política, etc. Aí está o exemplo do país! Pronto, o que se passa aqui é que este doente está com um... está num processo de... refratário, de dor refratária. Está num processo de dor refratária, num processo terrível de... de entregue a eles, não é? E que era impossível, quer dizer... impossível! A família não conseguia, não podia, não... já não conseguia com os gritos, com... com... com toda, toda aquela situação! E, portanto, o tio pede de uma forma piedosa... O tio não queria a morte do sobrinho, mas não podia era... não... não... não... achava que não era tolerável, do ponto de vista humano, continuar numa situação... aquilo. Porque a Medicina tinha dito que já não havia mais nada a fazer, o Doutor lá do Hospital do [—] pode ser que lhe faça aqui uma eutanásia! Pode ser que lhe faça aqui uma eutanásia! Fala-se em Dor, em Paliativos, não se sabia... Há uma Unidade de Dor, mas não se falava em Paliativos, ainda, em [—] [década de 90]! Em Portugal não se fala em Paliativos! Isso é um... é um mito aqui, em [—] [década de 90], falar-se em Paliativos em Portugal. Fala-se nos livros, a gente sabe que há livros e tal, mas isso... Paliativos... Não! O [—]... A Unidade de Cuidados Continuados do [—] é de [—] [década de 90]. E tem... as primeiras camas é em [—] [década de 90] na Radiologia para aqueles doentes mais... mas, lá está, não se fala em Cuidados Paliativos. Em Portugal não se fala em Cuidados Paliativos. Começa-se... começa-se a desenhar um pouco... Fala-se em Cuidados Paliativos, mas, digamos, no terreno... Não se fala em Cuidados Paliativos no terreno. Não... não... não existe, não é?, essa expressão para tratar estes doentes. Pronto, este é de fato o primeiro caso. E, depois, o que acontece... E eu, claro, devo ter tido uma palavra de circunstância com ele: nós vamos fazer tudo o que pudermos! Foi assim que devo ter respondido... O doente não me pediu eutanásia! O doente, em si, estava afilíssimo, muito afilto, muito afilto, muito afilto! Estava muito afilto e estava numa situação que nem tinha condições propriamente. A eutanásia, aqui, é pedida, de fato, pelo... pelo... pelo... por um familiar. Concretamente: termine com isto, já não pode ser, estamos cá para isso, para terminar com isto. Pronto, nós... Na altura, eu também ainda estava nessa... Punha muitos cateteres peridurais e pensei pôr um cateter peridural, pode ser que isto... Demos um bocadinho de morfina, mas também tínhamos o mito da morfina, ainda, não é? Nós estamos em... há [—] [> 20] anos em Portugal, no interior. E pronto. Mas ainda temos o mito da morfina: e se começar a utilizar morfina, mas vamos... A morfina intravenosa, depois como é que eu agarro o doente, porque não tínhamos experiência. Havia muito pouca experiência! E, portanto, eu vou pôr um cateter peridural. Sabia que isso era uma forma... um cateter peridural, sabia dominar bem essa... essa... dominava bem a técnica como anestesista. Ponho o cateter peridural e o doente alivia significativamente. Falei com ele um bocadinho, falámos... Ele estava... estava muito... muito... muito... Pronto, sabia a situação dele, sabia que ia morrer e estava numa fase de... de uma indefinição, digamos, de... Pronto, mas queria ajuda! Queria ajuda! Queria ajuda! E viu que havia ali qualquer coisa que podia... que podia ajudá-lo. Portanto... Pronto e a família ficou, assim, um bocadinho mais calma. Só que o cateter, a analgesia começou a

não funcionar pouco tempo depois. Depois de um dia, dois dias, se tanto. Ele continuava a gritar... Pronto. Fiz... fiz substituição do cateter, o cateter deslocou-se, houve aqui qualquer coisa... deslocou-se. Substituição do cateter, tirei-o e pus novo cateter. Pronto, já foi muito mais complicado e já não respondeu tanto. Não...! Portanto, com as doses de morfina e tal... Já não. E, pronto, estávamos nisto e a situação, pronto... A família estava preparada para o... para o falecimento a todo o momento. Tinha pedido, inclusivamente... Sabia-se que havia da parte deles... Depois falei com a esposa. A esposa até foi tão... tão... tão crua quando ela me contou tudo. Quer dizer, bem, isto... não estou habituado a isto, mas pronto! Contou-me tudo! Disse-me logo que ia morrer... Contou-me tudo, tudo! Pelo telefone, quando ela me ligou. Pronto, de uma forma muito dura, muito... muito crua... muito... Pronto, havia uma família que estava numa angústia... numa angústia extrema de... Pronto. Pronto, é uma situação complicada e fomos para a morfina intravenosa, tinha que ser! Morfina intravenosa... Eu não dominava bem a... não a dominava. Que é assim, sabia que começávamos com a morfina intravenosa e depois aquilo podia ser... podia-se perder a... porque a tolerância... a habitação... a tolerância pela morfina intravenosa é muito rápida. Tem uns fenómenos... Não se deve utilizar em Cuidados Paliativos. E aprendi isso com a experiência. E ele entra em coma. Entra em coma! Entra em coma e, portanto, estamos perante, digamos, a situação que será, digamos, o fim. Será o fim! E, pronto, ele está... Portanto, a situação está... Ele está muito magro, não tinha... Portanto, estava só ossos, completamente. Todo cheio de... o abdómen estava todo... todo... era um buraco completo. Era uma situação... Lúcido, lúcido! Agora já não está, porque ele está... Penso eu! É a situação da morfina, mas também num estado geral dele é isso que vai acontecer. Portanto, é a terapêutica que podemos fazer, não é matá-lo, de modo nenhum! Mas é a terapêutica que vamos fazer. E, pronto... E discutiuse e a família, então, mais calma, mais tranquila, então preferia que ele fosse falecer, portanto, aos [—], onde ele tinha... Pronto, tratámos de tudo: a ambulância, o enfermeiro... Foi o enfermeiro [—] que foi com ele. Pronto, e ele foi. Portanto, foi com a família. Portanto, foi tudo tratado para falecer... Eu, depois, fiquei de ir passar a certidão de óbito. Depois, quando me contactassem... Quando me contactassem eu passaria a certidão de óbito. Pronto, estava... Eu ia para [—]. Eu vivia em [—] e, portanto, iria lá. Portanto... E quando o doente chegou lá... O que aconteceu foi que o doente passou em [—], o doente acordou! O doente acordou! E o enfermeiro [—], o enfermeiro que o levava, ficou em pânico quase! Para trás, para a frente, para trás, para a frente, vou para trás, não vou, mas seguiu para a frente! Ele veio a andar... Seguiram para a frente, foram para casa. Mas logo que chegou a casa disse: oh Doutor [—] tem que vir imediatamente, tem que resolver isto! O [—] está... portanto, estava no quadro anterior, estava no quadro anterior! Estava no quadro anterior e... e eu disse: pronto, eu vou... portanto, vou logo. Pronto... E, portanto... E levei umas morfins dentro da... com um soro e tal. Portanto, levei aquilo e, pronto, lá cheguei, lá voltei a pôr. Lá consegui apaziguar um bocadinho a coisa. Mas voltámos a uma situação muito difícil. Difícil! E eu disse: bem, isto é assim, isto é com morfina! Já vimos a morfina, ele agora nesta fase inicial, enquanto tiver sintomas, ele volta à morfina. É com a morfina que vamos conseguir, que vamos conseguir! E, pronto, tentei imediatamente arranjar. Porque eu tinha trabalhado no Hospital [—], era de lá que tinha vindo e ele era da zona de [—]. E eu disse assim: não, é já! Vou já à farmácia do Hospital [—], faço já uma... para eles me arranjam morfina e se pode vir algum para já. Poderia vir do Hospital [—], mas do Hospital [—] nós não

tinhamos... Do Hospital [—], vir... a distância é grande e era complicado, era de outro hospital. Pronto e lá consegui que o enfermeiro fosse tal, tal, tal, tal, tal... Bem, o que é que aconteceu? O doente chamava-se [—]. O [—] vive mais dois meses. Vive dois meses! O [—]... Controlámos a dor com morfina em altíssimas doses, altíssimas doses! Era... Foi tão imenso que, a dado momento, a enfermeira que estava no Conselho de Administração do Hospital [—] me diz assim: oh Doutor [—] tem que internar o doente! E eu disse: oh enfermeira [—], interne-o a enfermeira [—]. Dava-me muito bem com ela e disse-lhe: interne-o a enfermeira [—]! Mas não pode ser, não pode ser! Portanto era uma... tinham que ir lá os enfermeiros do Hospital [—]. Também tinham arranjado um esquema, lá conseguiram... Depois o sindicato também se meteu nisso. Na altura foi uma... foram muitas histórias assim. O sindicato meteu-se nisso também de uma forma um pouco estranha, porque os enfermeiros até conseguiram umas benesses, uns horários especiais. Mas iam [—] > 60] ampolas, por dia, de morfina para casa do doente. [—] > 60] ampolas! Numa altura em que a morfina... se olhava para a morfina: isto é para matar, isto mata as pessoas! Eu pus-lhe um cateter central em casa! Porque não tinha veias, estávamos sem veias! E eu disse: não tem problema... Então, pus-lhe um cateterzinho, uma coisa facilíma de pôr. Pus-lhe um cateter central. Resolvi o problema! Eu disse: o problema resolve-se assim. As veias perderam-se, então ele não tinha veias, não tinha nada! Não tinha nada, nada, nada! Comia muito pouquinho, umas coisinhas, muito pouco. Mas pronto, muito pouco... Mas pronto, mas... hidratava-se. Fazia lá o soro da... da morfina. Ah... Ele está, portanto, primeiro nos [—], depois há... há um conflito conjugal, portanto, há uma separação mesmo! Acho que houve divórcio ainda durante esses dois meses. A notária ainda foi... julgo eu... Tinham problemas complicados, de vidas, não é?, de vidas! A notária ainda, portanto foi... Ele depois passou... foi para a casa dele em [—]. Ele morreu na cama dele da infância. E, portanto, foi isto. Quer dizer, de fato, nós controlámos a dor, demos o apoio completo. Eu depois tinha férias, andava a mudar de casa em [—]. Portanto, estava em [—]. Ele telefonava-me às quatro da manhã, por exemplo. Cheguei a ir lá! Pronto, nessa altura era assim, foi assim... e foi assim que... Aprendi muito com ele...! Aprendi muito, aprendi muito! Aprendi muito, porque vi como é que se podem resolver estes problemas no concreto. E não é nada de outro mundo! É preciso é que haja vontade de os resolver. Não haja políticas e políticos, depois, a dizerem como a enfermeira [—]: mas não pode ser! Depois dizia o sindicato que havia um doente discriminado, que estava um doente a ser discriminado e assim assim... Isto não tem sentido, quer dizer...! Fizeram lá uma conferência de imprensa a dizer que havia um doente a ser discriminado positivamente. Quer dizer, que havia uma equipa de enfermagem especial, que até para um doente e tal e tal... Está... Está descrito nos jornais! Os jornais da época refletem isso.

#### **E: E o outro pedido foi qual?**

M: Este é assim, portanto... Vou acabar este aqui dizendo que ele faleceu depois numa... numa terça-feira. Ele na segunda-feira já ficou... já ficou já, portanto em coma profundo. Mas na quinta-feira ele diz-me: Doutor... era uma vida... era muito triste a situação e tal, mas valeu a pena! Portanto, textualmente: valeu a pena este tempo que ainda vivi! Portanto, ele sabia que ia morrer, sabia tudo! Sabia porque os médicos lhe tinham dito tudo! Ele sabia tudo e tinha o corpo num estado... O corpo... porque estava num estado impossível de regeneração qualquer. E era um cancro metastizado.

#### **E: Mas ele próprio nunca expressou nada.**

M: Não, nós íamos falando, mas ele ia... Não. Mas ele gostava de viver, gostava de viver! Ele não queria era ter dores, ele queria era ter apoio! A mãe nunca se deitou estes dois meses!

#### **E: Nunca dormiu?**

M: Eu acompanhei muito e vi sempre aquela senhora sempre, sempre, sempre, sempre disponível. Sempre disponível. Sempre sempre, sempre! Pode-se ter sentado numa cadeira e, depois, aquelas coisas... Mas eu próprio vi que era uma pessoa de uma resistência! Era, de fato, uma mãe... de uma coisa espantosa! Portanto, ele não expressou!

#### **E: Foi a família.**

M: Foi a família! E foi numa situação de altíssimo sofrimento, que não... que tinha uma solução... A nós, não foi... Foi no tratamento da dor e tal, que é Cuidados Paliativos isto, naturalmente, mas ainda sem essa definição concreta. Este é o primeiro caso. Portanto... E ele diz-me concretamente, porque para ele foi importante aqueles dois meses! Porque ele conseguiu... conseguiu deixar resolvidos problemas... problemas que não ficariam resolvidos se tivesse morrido. Foi! Esteve lá a notária. Esteve... Portanto, eu soube, aliás! Também fui informado disso, etc. Portanto, de todas essas... Portanto, este é o primeiro caso. Um outro caso também... O outro caso é um caso direto, também. Esse é direto! É uma doente que tem um... Uma doente de [—] > 50] anos. Com um tumor ginecológico muito avançado, de destruição muito grande dos genitais. Uma situação muito, muito, muito... muito deprimida. E pediu-me... pediu-me que terminasse... que terminasse... Pronto, é claro, a gente falámos muito e... e ela acusou-me, um dia, de... Acusou-me neste sentido: Doutor, o Doutor não foi capaz, ou não é capaz, de me fazer o meu pedido. E eu continuei sempre a conversar com ela, sempre dentro daquele... daquele sentido que é conversar, conversar, conversar e tratar, tratar e tal. Essa manteve... manteve... manteve... Eu penso que, por uma depressão, que também não conseguimos tratar e não... Mas manteve essa... digamos, essa... essa ideia de morte... morte... morte provocada, portanto, uma morte antes da morte natural. Provocada, portanto...

#### **E: Mas ela queria ser ela ou queria...**

M: Não, queria ser o médico, o médico! Que fosse o médico... que fosse o médico a fazer. Pronto, não... não... não fiz. Falei muito com ela e... e, a dado momento, era difícil porque ela... Ela, depois, chorava e tinha... Era uma situação bastante... bastante difícil. Portanto, agora, casos de: Nosso Senhor me leve! Há uma situação que lhe posso... Portanto, da minha experiência, é esta: o doente... Uma coisa é a pessoa que tem saúde, que diz que a eutanásia é muito boa e tal, tal, tal... Já sabemos que é assim! Está isso mais que discutido e é o que se discute. As pessoas que têm saúde acham que a eutanásia que é uma maravilha e não sei quantos e tal. As pessoas doentes e gravemente doentes modificam muito a sua perspetiva sobre isso. E modificam-na particularmente se tiverem cuidados apropriados! Se tiverem cuidados apropriados... Se tiverem cuidados apropriados, as pessoas querem é apoio! E querem que o sofrimento físico seja... seja, naturalmente, seja... seja aliviado. E um outro problema, que é muito fruto..., que é este. Que é: as pessoas que pensam que são fardos, particularmente para a família. Esse é o

grande drama! Por isso é que nós, no início, quando me diziam assim... Os enfermeiros diziam-me assim: oh senhor Doutor, veja lá, então, ali o senhor não sei quantos já pode ir para casa! Já pode ir para casa! E eu dizia assim: mas está tudo bem?, vocês já trataram de tudo?, vejam, não sei quantos, e tal. E, nesse tempo, [—] [década de 90], eu ainda ia um pouco na cantiga, naquela coisa toda e as coisas corriam sempre mal. Quem decide é o doente e a família! Só o doente e a família é que podem decidir isso, não somos nós! E nós, para o doente ir para casa, temos que continuar, com a equipa, a dar resposta permanente, com o telefone, às necessidades do doente. Pronto, e os doentes iam para casa! Tantas vezes que eu... Pronto, que nós íamos depois... Pronto, só assim é que é possível. E, portanto, um dos problemas do doente é o medo destas pessoas rurais. Pessoas que têm filhos, muitas vezes ao longe, que não os têm cá, ou próximas cheias de pobreza, que sabem que é um drama enorme para aquela família aquela presença em casa. E a pessoa quer morrer! E não pede a morte, não pede a morte! Diz assim: Nosso Senhor me leve! Isso ouvi muita vez: Nosso Senhor me leve! Quando viam que havia estes problemas. Quando não, a pessoa gosta de estar, gosta de ser acarinhada, gosta de... gosta de... gosta de... de... de... E, quando não quer a presença de pessoas, desde que tenha uma equipa que, depois, é uma equipa familiar, é uma família, é uma... É o que nós dizíamos todos: nós estamos todos aqui a viver juntos! Vivemos juntos... vivemos juntos e o nosso trabalho é este. E... e... e... E, pronto. E as famílias sentiam-se também apoiadas. E, pronto, e tentávamos... E fazíamos um trabalho nesse sentido. E em todos os nossos casos, todos! Dirá assim: mas isto é sempre assim? Há casos de... refratários. E eu penso que alguns desses casos refratários, digamos, ao sofrimento, aquele sofrimento muito, muito grande é por... por problemas de tratamento, não tratamento não feito a tempo e a horas! O caso da dor rebelde! Temos casos de dor refratária... dor refratária! Eu lembro-me de uma doente... de uma doente... uma senhora nova, também com um... com um tumor da mama, mas com metastização óssea, que chegou em sofrimento horrível. Nunca tinha feito terapêutica de dor. Refratária! Estava refratária! Nós começámos a dar bocadinhos de morfina e não responde... não responde! Porque? Isto também está estudado! E sabe-se isso, não é?, porque! Portanto, digamos que outros casos de eutanásia possíveis serão, muitas vezes, por cuidados inapropriados. Não... não querendo dizer que não haverá casos em que residualmente... Eu chamo residualmente... Haverá casos em que, apesar de todos os cuidados, de tudo, tudo, tudo, haverá pessoas que poderão preferir a morte antecipada. Se suicidam, portanto... o suicídio.

**E: Dos casos que frisou... gostaria que pensasse sobre eles e, sobretudo em relação a este último, da senhora com um tumor ginecológico, que me dissesse qual é o significado que atribui a esses pedidos. E, na sua perspetiva, que desafios é que eles lhe colocam aos valores que acompanham a sua prática clínica?**

M: Pois, sim... Nós temos que aprender muito! Quer dizer, a minha conclusão foi que não soube lidar com o caso. Não soube lidar com o caso, não tive... não tive capacidade. Nós, a equipa! A psicóloga também esteve, todos nós tivemos. Não... não tivemos capacidade para...! Eu penso que não tivemos capacidade para..., por não estarmos ainda com experiência, com... e... e... Ainda há muito que fazer, ainda há muito que aprender! Os Cuidados Paliativos não têm... ainda estão em progresso! E, portanto, os chamados casos de... de, digamos, de dificuldade... Porque aquilo que eu, de qualquer modo, aprendi no outro caso, no outro caso particular e nos casos que tratámos, é que o doente quando

tem... quando está acompanhado, tem os sintomas aliviados e sabe que não é um fardo e que é acarinhado, o doente gosta de continuar vivo. A vida é... é... é... parece que é... é o... é o mais básico da pessoa. A pessoa quer continuar viva! O tempo que for! Não quer continuar viva é: se for com sofrimento físico intenso, se for considerar-se que é um fardo, que quer a equipa quer os familiares ou quer as pessoas acham que deve mas é partir, então não quer continuar. Agora quando... quando... Isto é a minha experiência! Os doentes querem apoio, querem ajuda às suas necessidades! E a equipa tem o dever, a obrigação, de responder a essas necessidades! E não tem nada do outro mundo...! Não é nada do outro mundo! Ter doentes internados uns meses ou [—] meses? E porque não? Então, e porque não? Então, se é necessário! Se a necessidade é essa! Porque? Ah, mas porque o Estado acha que... acha que... que não pode ser, porque não sei quantos e tal. O Estado não tem nada que achar! Se é assim...! Agora temos que... É que saber que estamos a fazer tudo para o doente estar no sítio melhor! Mas se o sítio melhor é aquele! E tivemos casos... muitos casos, tivemos muitos casos, muitas situações, não é? Portanto, eu continuo muito convicto, apesar de ler muitas coisas sobre isso, muito convicto que quem não tem experiência em Cuidados Paliativos defende mais, enfim, a eutanásia e tal e tem... Por princípio, os filósofos, os... os advogados e, portanto, os juristas etc. Quem tem experiência em Cuidados Paliativos... É a experiência que nos diz! É que foram muitos anos! E são... são, pelo menos, diretamente no serviço, faleceram connosco quase [—] [> 1000] pessoas. E tivemos uns quantos no domicílio. Portanto, é uma experiência muito longa! As pessoas não... quando estão ajudadas, quando estão... quando as suas necessidades têm resposta e existe, de fato, a possibilidade..., portanto, existe calor humano, existe aproximação humana e, inclusivamente, os casos de enriquecimento do fim de vida, que existem! Que nós tivemos casos de... de a vida no final fica mais rica, quer dizer...! Aquela situação pode enriquecer... enriquecer a situação. Isso é possível!

**E: Em relação aos pedidos que recebeu, eu queria que pensasse sobre eles. E, tendo em consideração este último caso, porque me parece ter sido o pedido mais genuíno, no verdadeiro sentido do termo. Ele colocou-lhe desafios?**

M: Colocou desafios... desafios no sentido de... de... de falta de capacidade para lidar com aquela situação. Falta de capacidade para lidar com aquela situação! Isto é: eu penso que ela esteja muito marcada por uma... Portanto, a vida dela estava muito marcada e, particularmente, na fase final, neste último tempo, muito marcado por muito sofrimento. Um sofrimento proveniente da... da... da doença, mas num contexto particular, socioeconómico, penso eu, e cultural. Digamos... Ela estaria muito marcada e, portanto, não havia saída para aquilo a não ser o falecimento. Não havia saída! Penso... Ela... Portanto, penso... E eu também não consegui... Não conseguimos encontrar uma solução de... Apesar de muita aproximação e de... Ela calava-se, ela falava pouco. Ela não... não abria, não... Falava pouco, não...! É difícil, não é? Estas situações são... Eu penso que... O desafio no sentido que, num futuro caso, nós teríamos que ter uma capacidade maior de avaliar, particularmente, se havia uma depressão, um estado depressivo que nós, apesar de... Também tratámos, mas que não... não... não... não respondia, não respondia! Depois também fizemos antidepressivos e... mas não... não respondia e ela mantém de fato o...! E fez a acusação! E ela diz-me a dado momento. Senti... senti-me... senti uma acusação de um doente! Ela fez com um... Portanto, com um... Pronto, estamos a viver um momento e

a situação tão difícil que é, não é? Mas em que o doente acusou-me de eu não a tratar bem. E o tratamento, para ela, era a morte!

**E: Para si esse caso foi difícil.**

M: Foi difícil porque... porque senti-me... senti...

**E: Foi o mais difícil dos três, para si?**

M: Sim, sim, sim! Os outros, não! Os outros foram casos que nós...! Não, o outro eu senti que fiz aquilo que... que tinha que fazer! Não, não... Aqui, não! Aqui não soube! Aqui não soube como responder a isto! Porque, eu próprio... Modificou um bocadinho a minha posição sobre a eutanásia, porque era muito... muito... Nuns tempos mais... antes desta experiência, era muito mais liberal! Defendi muito a eutanásia! A autonomia! A autonomia! A eutanásia, no sentido de... de... de um direito das pessoas, não sei quantos e tal. E hoje não tenho essa... essa ideia! Não tenho essa ideia de modo nenhum! E porque há outra questão que eu também levanto, que é esta: quando um doente chega ao pé de nós, um elemento fundamental é a criação de confiança. Tem que haver confiança! E se, numa Unidade de Cuidados Paliativos ou se aquele médico faz eutanásia, eu não sei se saberia lidar com essa confiança. Isso... E, por outro lado, vejo o médico... Estando presente até ao fim, não precisa de matar o doente! Não precisa de matar o doente. Deve estar é presente. Presente... Presente, isto é: este doente é um doente nosso, da nossa equipa, a nossa equipa está presente até ao fim, não é? Portanto, é um doente que só sai da nossa... da nossa equipa quando morrer. Ou porque vai para outra equipa, para outra... para outro local de residência. Num caso ou outro, não é?

**E: E, no caso específico da senhora, considerou esse pedido como sendo o mais difícil para si, porque... incluindo nessa dificuldade elementos religiosos ou espirituais? Ou acha que teve mesmo a ver com a situação em si?**

M: Eu penso que era uma situação existencial. Uma situação existencial de... de... dela, não propriamente religiosa. Penso que não.

**E: Para si foi mais difícil...**

M: Ah, mas de mim, da minha parte? Não, não... Não, não soube... Não, porque eu tinha a convicção de que eu nunca o faria. Sabia lidar com a utilização dos medicamentos e em que o doente morre no decurso de aumento de dose de morfina etc. Sabia lidar com isso. Sabia, porque sei que isso não é... eu não tenho intenção de provocar a morte. Eu tenho intenção de tratar a dor, mas, teoricamente... porque o efeito duplo também é muito teórico. Na prática, uma utilização correta dos medicamentos, particularmente dos opióides, resolve os problemas sem ter esse medo do efeito duplo. Isto é: eu trato a dor, mas mato-o... não intencionalmente, naturalmente. Mas, pronto... Portanto, eu estava a dizer que... que...

**E: Não foi difícil para si em termos religiosos ou espirituais.**

M: Não, não, não. Foi de não poder dar resposta a um pedido concreto da doente que para ela era a solução! A solução, para ela, era o que ela me pedia. E eu senti-me incapaz! Não fui capaz! Não... E... e fiquei com a noção... O mais dramático foi: com a noção de que se eu pudesse..., se eu soubesse..., se eu não tivesse, eventualmente, cometido erros... E uma

outra convicção que tinha: era que esta doente devia estar em Cuidados Paliativos há muito mais tempo! Os Cuidados Paliativos não são no fim de vida! Os Cuidados Paliativos também incluem o fim de vida! Mas os Cuidados Paliativos são de um tempo longo! Nós tivemos duas... Eu tive... A nossa equipa teve uma doente que tratámos [—] [> 10] anos. [—] [> 10] anos em Cuidados Paliativos!

**E: E no caso da doente acha que isso foi...?**

M: Ela estava num sofrimento refratário, que só passava... Fizemos algumas sedações. Com a doente fomos fazendo... Ela dormia, portanto, mais. Portanto, isso fizemos... Fizemos. Mas morreu da morte natural! Não morreu por morte provocada!

**E: Que era o desejo dela, não era?**

M: Que era o desejo dela. As razões dela.

**E: E, no caso da doente, ela tinha, mais ou menos, que idade?**

M: Ela tinha [—] [> 50], penso que [—] [> 50].

**E: E ela tinha que escolaridade? E qual era o estado civil?**

M: Ela... ela... ela era casada. Não tinha filhos. E o marido, nunca o vi.

**E: Nunca?**

M: Não. Nunca vi o marido. Deveria ter havido já uma separação. Ela... ela... ela era muito reservada. Ela estava numa situação de... de enquistamento. Quer dizer... É aquilo que nós chamamos... Quer dizer... O sofrimento dela foi... foi... foi... ficou rijo! Ficou... É como na dor. Ficou rijo e já não entrava nada ali. Nem ela para fora nem para dentro. Quer dizer... Ela deve ter tido uma experiência muito difícil... muito difícil! E ela... E este sofrimento, digamos, dentro dela ficou como uma... uma... uma estrutura rija. Rija... que não mexe... que não se entra... que não... que não abrande... que não... E, portanto, eu penso que... A minha convicção é de que era um sofrimento longo e que eu... e que eu interpretei também como interpreto na dor. Na dor refratária, isto é: é que o sofrimento deveria ter respostas multidisciplinares há muito mais tempo. Devia ter, provavelmente, um “tratamento” diferente do que teria sido feito. E, quando eu recebi a doente, senti-me incapaz por dificuldade, por deficiência profissional, não em Cuidados Paliativos, por incapacidade, por saber... Também há situações que são refratárias mesmo. Sabemos que há situações que, apesar de bons Cuidados Paliativos, os doentes continuam a pedir. Mas são raros esses casos! Aquilo que sabemos é que são raros. E, na minha experiência, não tive... não tive. Depois dos Cuidados Paliativos... Excepto este caso que é, de fato, um caso! Ela esteve connosco não muito tempo, não muito tempo... [—] [> 10] dias, à volta de [—] [> 10] dias, [—] semanas.

**E: Sempre com a mesma postura?**

M: Sim, manteve sempre. E ela fez essa acusação. Custou-me muito! Custou-me muito, que eu falava muito com ela, aproximava-me muito dela e ela acusou-me mesmo! Estava muito... fez-me uma acusação. Senti-me acusado! Senti-me acusado como médico! Senti-me acusado como médico e não consegui... Pronto, e não... não... não consegui dar resposta. Senti-me acusado! Senti como se tivesse feito um... dado uma injeção que lhe

tivesse feito mal e ela me dissesse: Doutor, estragou a minha vida! Senti isso... senti! O modo como... como... como ela me faz, de fato, essa... essa acusação... Eu registei uma acusação: é como se o Doutor... É como se tivesse noutra posição: ela estava bem e eu estraguei-lhe a vida, não é? Aqui não é o caso, mas o sentimento foi o mesmo para mim! O mesmo sentimento que eu sentir... sentir... sentir que...

**E: Ela acusou-o de quê essencialmente?**

M: De que não tinha... não tinha... não tinha feito aquilo que ela me tinha pedido!

**E: Isso foi logo no início?**

M: No princípio ela pediu, não é? E depois fez... acusou-me. Acusou-me!

**E: E os cuidadores eram vocês? Eram só os cuidadores formais.**

M: Sim, esteve sempre nos Cuidados Paliativos.

**E: Ela não tinha visitas, não tinha nada, não tinha ninguém?**

M: Não. Não me lembro... Não me lembro neste momento, mas penso que não. Ela não era dali, era de outra... Era da zona de [—], da parte do [—]. Era ali daqueles lados.

**E: E qual era a escolaridade dela?**

M: Ela era rural... era rural. Devia ter... Sabia ler, sabia ler... saberia escrever.

**E: Qual era o diagnóstico e o prognóstico que ela tinha?**

M: O prognóstico era mau! Ela tinha... tinha um tumor, portanto, irressecável, de grandes dimensões e de uma destruição muito grande dos genitais. Portanto era um tumor genital, um tumor dos órgãos genitais. Da vagina, com o útero... tinha tudo... tinha tudo atingido.

**E: E qual era o prognóstico?**

M: Oh, o prognóstico era... era... era mau. Era o tempo que nós sabíamos que podia haver uma hemorragia e precipitar o termo. Ela comia muito pouco... Digamos, pronto, que a ferida dela já era bastante grande e aprofundou-se muito naquele tempo. Nós também não fizemos tratamentos heroicos, não fizemos... Tivemos o cuidado da ferida e os medicamentos da dor e da... e da... antidepressivos etc.

**E: E como é que ela iniciou conversações com vocês sobre o pedido, penso eu, que tenha sido de eutanásia ou de ajuda médica para morrer? Do que é que falaram? Do que é que ela falou? Como é que iniciaram as conversações até formalizar mesmo o pedido?**

M: É muito... Ela pede... Ela pede... Ela... É muito rápido, ela, a formalizar o pedido. Ela estava muito consciente da... Ela estava... Ela queria morrer! Ela queria morrer! (*silêncio*) Ela queria morrer! Ela não ia para o Hospital [—], digamos... Foi porque tinha que ir, porque a mandaram, porque tinha que ir por causa da... de onde é que tratavam aquela ferida. Ela também não tinha, provavelmente, hipótese de dar um tiro na cabeça, não... Portanto, ela foi para ali, mas ela o que... O que ela pede ao médico é que... é que termine, que acabe... que acabe!

**E: Mas como é que ela começa a abordar-vos nesse sentido?**

M: É isso! Ela pede: Doutor, quero morrer, acabe... acabe... acabe-me com isto!

**E: Ela estava perfeitamente consciente?**

M: Sim, sim! Sim, sim! Não queria viver!

**E: Pareceu-lhe um pedido extremamente lúcido?**

M: Sim. Não queria... não queria viver assim! Queria morrer! Portanto, e queria que... Pronto e teria noção de que o médico... sabia que podia fazer uma coisa dessas, que sabia fazer uma coisa dessas. As pessoas populares sabem isso! Sabem que os médicos matam doentes, que podem matar doentes com injeções e não sei quê. Sabem!

**E: Lembra-se do que é que falavam sobre o assunto ou quando ela falou consigo e lhe pediu?**

M: Ela estava muito deprimida. Ela tem muito poucas palavras. As palavras dela são muito poucas. E eu sei que nós dizíamos... Nós dizíamos sempre o mesmo. Nós... Pronto, fizemos um levantamento dos sintomas. Um levantamento dos sintomas. Vai...! Vamos tratar...! Vamos tratar de tudo, vai estar aqui connosco, vai ficar bem, tal, tal... Mas ela esteve sempre refratária, mesmo aos contatos era muito refratária. Não...

**E: O que é que quer dizer com isso?**

M: Não... não aceitava. Não... não gostava de falar com pessoas... com as pessoas. Não, não... não gostava.

**E: Deve ter sido difícil estabelecer uma conversa com ela sobre o que quer que fosse.**

M: Sim, sim, sim, sim! Sobre o que quer que fosse!

**E: Mesmo sobre estes assuntos?**

M: Sim, sim! Mesmo sobre estes assuntos! Assuntos que é sobre o passado da doença dela etc. Muito... muito reservada, muito reservada, muito reservada! Muito reservada! Eu penso que ela tinha um estado de depressão, portanto, próprio que não... não... que não... que não... que não se resolveu, que não se resolveu!

**E: Mas acha que o pedido foi resultante da depressão ou acha que ele era completamente consciente?**

M: Eu penso que o pedido... Se ela estivesse deprimida podia isso ter... estar envolvido no pedido, não é? Se ela... se ela não estivesse deprimida...

**E: O que eu lhe pergunto é se pensa que o pedido foi motivado pela depressão ou se era altamente racional.**

M: Eu penso que o pedido é racional, mas pode ter sido a depressão que... que fixou mais. Isto é, não... não deixou dar abertura a uma ajuda que se tentou dar. Uma ajuda... E ela ver que essa ajuda poderia ser uma solução versus... versus... portanto, a morte... a morte provocada. Foi a noção com que fiquei. Um caso também de... deve ser de [—] década de 90], anda por aí, não sei. Já não me recordo muito bem.



**E: E a doente pediu isso ao longo do tempo, depois de vocês terem falado com ela sobre o assunto a primeira vez?**

M: Ela pediu e, depois, deve ter pedido outra vez. Não... ela deve ter pedido. Mas ela era com o médico! Ela... isso foi só... foi só ao médico! Ela foi muito clara. Disse-me isso.

**E: Foi só consigo?**

M: Sim, sim, sim. Só comigo!

**E: E ela...?**

M: Sabia-se... sabia-se! No serviço sabia-se que ela não gostava de viver e tal, mas não se... não se conceptualizava bem aquele pedido em termos de... de... Quer dizer, não se conceptualizou em termos de discussão... de discussão “pública” da equipa. Pronto, sabia-se que ela não gostava de viver, estava desanimada da vida etc., essas coisas assim.

**E: Mas entre vocês os dois?**

M: Sim, sim, sim.

**E: E, à medida que você tentou aproximar-se dela, ela alterou de alguma forma o pedido? Ou a forma como o formulou, melhor dizendo? Ela tentou abordar de outra forma? Tentou pedir de outra forma? Nunca mais pediu?**

M: Não, ela mantém sempre. E ela faz... É assim: eu, neste momento, também não me recorde. Eu recorde-me muito bem do pedido inicial, da situação. Recorde-me! E da acusação dela, algum tempo depois, de ela me ter acusado. Acusou mesmo! Senti uma acusação! Senti-me como se um doente me acusasse: você não... não... não presta para nada, você... Pronto, senti isso. Não foi assim que ela me tratou, mas o modo como ela me disse... disse... Senti-me que, como médico, estava em causa. Eu estava em causa como médico dela! Como... Por isso, por isso!

**E: Agora queria perguntar-lhe o seguinte: das coisas que se recorda mais sobre a doente, em relação à formulação do pedido, ela alterou a formulação do pedido, não alterou?**

M: Não alterou.

**E: Manteve?**

M: Manteve!

**E: E quanto tempo se passou desde a formulação do pedido até ela morrer?**

M: Cerca de [—] [> 10] dias.

**E: E o pedido foi sendo explícito e persistente ao longo do tempo? Ou acha que se tratou de um pedido contido e transitório por parte da doente?**

M: Foi um pedido muito firme! E, portanto, a doente terá novamente abordado uma vez, mas já de uma outra forma, pelo que me recorde. Mas... Ela silenciou. Portanto, ela faz o pedido, depois ela submete-se de alguma forma aos tratamentos, não... É muito reservada. Não... As conversas com ela são muito poucas... são muito poucas! Ela não abre à sua experiência, à sua história de doença. Ela abre muito pouco, diz muito pouco. Portanto,

eu... eu considero isso como uma situação, talvez, de depressão profunda, mas podia ser muito consciente da situação. Mas entendo mais que fosse de depressão. Nós usámos antidepressivos, explicámos que estavam a ser usados medicamentos para ela..., mas não houve resposta. E ela, de fato, depois faz-me uma acusação! Concretamente, dizendo que eu não tinha feito o que ela me tinha pedido! Ela... Exatamente, o que me tinha pedido, que tinha sido terminar a vida dela, que já devia ter terminado! Portanto, isto... foi isto. E eu continuei a conversar com ela dentro do possível e dentro do que é... do que é esta situação. E senti, de fato, uma incapacidade em lidar com a situação. Nunca poderia fazer a eutanásia, como é natural. Nunca poderia dar uma injeção letal! Não o podia fazer!

**E: Como é que se sentiu durante todo este processo em que o pedido foi feito?**

M: Senti-me... senti-me como... que estava perante um desafio grande de... de falta de capacidade... de incapacidade minha, profissionalmente, de lidar com uma situação destas! Foi assim que eu, nessa fase, entendi e não como devia ter feito, devia ter resolvido, devia ter... devia ter... Não fiz foi aquilo que, em alternativa, que é os Cuidados Paliativos de qualidade... Não consegui... não... foi isso. Fiquei com essa... E a acusação que ela me faz, que é, no fundo, de... de... dirigida! Ou que eu entendi como... Que ela me faz por não ter provocado a morte, eu entendi como uma acusação a ser um médico incompetente por não saber fazer... lidar, em Cuidados Paliativos, com aquela situação. Foi esse o meu sentimento. Quer dizer, eu senti... Para ela, o tratamento continuava a ser a morte antecipada e eu senti-me, como médico de Cuidados Paliativos, como incapaz de dar resposta a esta situação. Porque não iria nunca fazer eutanásia, porque a eutanásia não pertence também aos Cuidados Paliativos, não é? A eutanásia não é uma área... não é um procedimento de Cuidados Paliativos! Isso está muito claro na... na... digamos, na... na... portanto, no conhecimento, no background, portanto, científico-filosófico que... que está por trás desta área de assistência. Portanto, eu isso nunca o poderia fazer! Portanto, mas como ela me acusa de não resolver o problema dela, eu senti-me, de fato, como incapaz de lidar... Eu e a equipa, porque a psicóloga também andou à volta e... De lidar com uma situação daquelas! Senti... senti, de fato, incapacidade.

**E: E a experiência de ter recebido, por parte da doente, esse pedido de eutanásia... Sente que o afetou emocionalmente?**

M: Nós somos sempre afetados emocionalmente com os nossos doentes, porque... É assim, eu penso que... Nós somos gente, não é? Quer dizer... Nós choramos também, quer dizer... Nós também... também choramos com as situações. Também não... não... não é... não é... não... não somos imunes a isso. Não podemos é deixar que isso nos... nos... nos... nos incapacite de trabalhar, não é? Senti, senti, senti que, havendo Cuidados Paliativos, tivemos perante um caso, como outros tivemos naturalmente, com situações muito... muito... ou porque eram muito difíceis ou porque eram já muito tardias em relação a Cuidados Paliativos... Situação de que os Cuidados Paliativos não foram capazes de responder a todos os problemas daquela situação. Isto é, não tenho a veleidade de pensar que, por um lado, que as equipas têm uma capacidade... Aquela equipa é perfeita, está no máximo... E que os Cuidados Paliativos estão também já no seu máximo. Os Cuidados Paliativos estão em desenvolvimento, ainda. Temos muito a desenvolver para lidar com estas situações. Eu penso que, no futuro, provavelmente perante estas situações, nós

teremos mais capacidade de... de as enquadrar em respostas de Cuidados Paliativos. Em respostas de Cuidados Paliativos, penso eu! Portanto, emocionalmente, sim! Porque estivemos perante um sofrimento muito intenso que não... que o nosso... que a nossa resposta foi talvez até “negativa”, na medida em que a expectativa dela era uma, a que nós não correspondemos. E pode ter aprofundado mais ainda o sofrimento dela. Isto é, ela que pensava que... que tinha uma solução para o problema dela que não aconteceu. O sofrimento dela em vez de... E, portanto, e o estado emocional dela em vez de... de... de aliviar, antes pelo contrário, aprofundou-se. Eu penso que tem a ver também com a situação da... da... da doença, não é?, da doença... da... do tumor ginecológico, de... de... de, de fato, de muito extenso, muito... muito... de uma destruição muito, muito, muito, muito, muito dramática, enfim, da... dos órgãos genitais. E tudo isso deve ter... Ela devia estar muito marcada com experiências que não conheci, que não... Muito marcada por... por... E, portanto, ela queria, efetivamente, terminar a existência dela. Era um problema existencial. Agora, eu penso que ela podia estar deprimida e a depressão estar... Ela poder, com o apoio de uma equipa profissional que responda à parte... e que alivia toda essa... toda essa... Pronto, enfim. Poderia eventualmente... Pronto, fiquei com dúvidas! Com dúvidas e com uma certeza: é que... Com dúvidas, porque... Com dúvidas sobre, exatamente, o pedido dela. Se é um pedido absolutamente genuíno, se é um pedido resultante de um sofrimento que podíamos aliviar. Mas fiquei com a certeza de que não fui capaz de... não fomos capazes de dar resposta a este caso. Fiquei com essa certeza absoluta! E até porque ela me fez a acusação! Ela acusou-me como... como sendo um médico incompetente, incompetente! Pelo... pelo pedido de eutanásia. Senti... senti isso. Senti isso e, pronto, e é da vida! É como diz o outro: é da vida! A vida não é só termos... Nós termos muito, muito, muito regozijo, muita situação de satisfação com o nosso trabalho. Muito, muito, muito, muito, muito, muito!

**E: Esta foi uma situação negativa?**

M: Esta foi uma situação negativa, que é de uma natureza... Não é uma acusação de que... É uma acusação de... de fato. Foi profunda! Acusou-me, mas que... que é deste tipo. Quer dizer, uma acusação deste tipo.

**E: Você sentiu necessidade de falar com alguém sobre os impactos emocionais e profissionais que este pedido lhe suscitou?**

M: Oh, nós falávamos entre nós, com a psicóloga, etc... Íamos falando, naturalmente. Mas é assim... Quer dizer, evidentemente que... que... que... Enfim, entendia que... que... Pronto, fiquei com a... com a noção de que era um caso excecional, que era um caso que não conseguimos resolver, que deveríamos saber... Felizmente, não tive mais nenhum caso. Mas também que não podia ser... Ficar... ficar bloqueado por este caso. Quer dizer, isto é: este caso vir a prejudicar os casos futuros. Quer dizer, também tinha essa noção e era isso que eu também dizia à nossa equipa. A nossa equipa tinha os casos, tinha que responder aos casos integralmente, em programa contínuo, até ao fim e, depois, no luto. E ficámos com ligações aos familiares, que iam sempre ao serviço. E tudo isso aconteceu. Mas que não podíamos ficar... Que devíamos nós, com o nosso... entre nós todos... E fazíamos, enfim, os nossos jantares, as nossas... os nosso convívios. Nós todos não... temos essa noção de que... de que, pelos casos que íamos tendo, que íamos ficando cada vez mais incapacitados de resolver casos futuros.

**E: Mas sentiu necessidade de partilhar este caso desta doente com alguém?**

M: Falámos entre todos, com a psicóloga, com a... E foi um caso que foi... foi abordado... foi abordado em reunião. No início não, porque tinha sido uma situação, pronto, que eu entendi que não devia... não devia... não devia dizer aos colegas, portanto, à equipa. Entendi, porque pensei que conseguiria lidar com a situação eu, particularmente. Porque sempre tive, também, um pouco... que é uma deformação minha. Embora a equipa... Mas, tivemos um caso, por exemplo, em que o apoio... Portanto, a intervenção de uma outra área complicou. E, portanto, eu entendi, naquele caso, que devia eu pessoalmente tentar fazer o primeiro trabalho de... E não consegui! Quer dizer, não consegui. E, depois, enfim... Ela viveu, também, não muito tempo. Mas foi um trabalho que não passou... só foi, depois, discutido na... na... na nossa reunião.

**E: Queria-lhe perguntar como é que você, e depois necessariamente a equipa, acolheu e respondeu ao pedido de eutanásia que a doente lhe dirigiu?**

M: O caso foi... foi, de alguma forma, registado, digamos assim, e... e... Sabe que, muitas vezes, há o entendimento de algumas pessoas que tinha que ser assim! Pronto, não... não pudemos, não fomos capazes! Eu entendi que... que... e foi a minha posição e que... e que transmiti. É que teria havido, em que eu era o responsável, uma incapacidade de resposta àquela situação. Claro que o tratamento da ferida foi feito com... como deve ser feito. Foi feito o tratamento medicamentoso do estado emocional, dentro do que era possível, não é? Tudo isso foi feito! Os cuidados, digamos... os Cuidados Paliativos. Não foi dada é resposta, em Cuidados Paliativos, a um pedido de morte antecipada por... direta, não é? Isso é que não foi feito! Isso é que não foi feito, porque também não entrava nos Cuidados Paliativos, não é?

**E: Mas como é que tomou a decisão de rejeitar esse pedido de eutanásia?**

M: Não pertence aos Cuidados Paliativos!

**E: Pois. Quais são os fundamentos da sua decisão? E quem é que participou nesse processo de decisão? Primeiro: os seus fundamentos. E depois: quem é que esteve envolvido.**

M: Os fundamentos foi que o pedido de morte antecipada era um pedido de ajuda! E, portanto, eu trabalhei nesse sentido, como... Mas como... Foi um pedido muito, muito, muito claro... muito, muito, muito rijo! Quer dizer, não é uma... É quase como uma ordem! Isto é: é uma... É um pedido ordem! É um pedido... É um pedido... Pronto, e eu trabalhei... Eu conversei com ela nessa altura, não é? Com dificuldade! Com muita dificuldade! Conversei com ela com muita dificuldade nessa altura. Portanto, ela... Portanto, mesmo... A história da experiência dela eu não a conheço sequer! Porque ela... ela não tem discurso. Ela tem um discurso de pedido e, depois, ela não fala praticamente com as pessoas. Ela não.. não fala! Portanto... E, portanto, digamos, eu... Vamos lá ver! Eu, como médico e de Cuidados Paliativos... Eu, como médico, não posso matar ninguém, não é? Portanto, eu não posso... Nem que essa morte se chame eutanásia, não é? Portanto, eu isso não posso fazer! Sei que não o posso fazer e, portanto, nunca o faria, não é? Portanto, isso não é um pedido a que eu pudesse dar resposta, não é? Portanto, a minha resposta seria sempre por via dos Cuidados Paliativos! Isto é, através do alívio,

enfim, do... da... dos Cuidados Paliativos de qualidade, ela vir a modificar o seu pedido. Ela não modifica o pedido e acusa-me, em determinada altura, de eu não a ter... não ter provocado a morte dela. Digamos que... É isso! Quer dizer, eu não... eu não... não há decisão nenhuma da minha parte aqui! A minha decisão é exclusivamente de entender que aquilo é um pedido de ajuda e que não vou nunca responder com... com... dando uma injeção letal de... de qualquer medicamento, não é? Isso nunca o iria fazer! Isso... Nunca poderia fazer isso dentro do... do... Dentro da... Isso nunca o podia fazer! Portanto, isso é... é... é... Portanto, está completamente de parte, não é? Porque entendo que um médico não o faz e os Cuidados Paliativos não são... não são... não são... não integram a eutanásia como um procedimento de Cuidados Paliativos! Estou absolutamente firme relativamente a este... a este... a isto, quer dizer. O médico não faz... não... não... não mata, porque isso é um homicídio, não é? E, segundo a lei em Portugal, é um homicídio, não é? Isso é sempre um homicídio, não é? O médico não provoca o homicídio de ninguém e, se a eutanásia não fosse um homicídio... Não fosse considerada um homicídio... A eutanásia não é um procedimento dos Cuidados Paliativos! Não é! Não é! Portanto, isso... isso... Assumo isso e é... e é... E é, digamos, é assim. Os Cuidados Paliativos da Medicina ocidental não integram a eutanásia como um procedimento.. como um procedimento de uma Unidade de Cuidados Paliativos. E lá está! Nós só porque... porque... porque um dos problemas que teria... Quer dizer, para além do problema... Enfim, mas isso é discussão... O problema existencial e... Mas um dos problemas que levanta é, exatamente, esse que... São tudo questões em aberto! E tudo isto pode ser discutido, não é? Mas uma das questões que, para mim... que mais me poderia... que poderia atingir o nosso trabalho era saber-se que na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital [—] provocava-se eutanásia! Isso sabe-se! Infelizmente sabe-se! Eu sabia de coisas que aconteciam no hospital pelo café! Que ninguém sabia no hospital... Lá nunca tinha ouvido falar. Não do meu serviço, felizmente. Mas sabia de coisas que aconteciam no hospital e que se sabiam no café! De coisas... de doentes! Portanto, tínhamos que ter muita, muita, muita atenção a isso, não é? Estávamos numa área em que morriam muitos doentes, portanto, a morte... Agora, por exemplo, acontecia-me muito era esta situação: de doentes que estamos a fazer tratamento intensivo de sintomas e o doente morre! E, às vezes, diziam-me assim: Doutor, aí que matei, matou, matámos, matámos, matámos, matámos! Está a perceber...?

**E: Hm hm... Quais foram as experiências mais positivas ou mais negativas quando tomou a decisão de rejeitar esse pedido, ou seja, o que é que podia fazer diferente se pudesse tomar uma decisão novamente?**

M: Não, não, não... Não poderia nunca corresponder diretamente ao pedido! Portanto, isto é: ela pede que... que acabe com a vida dela. Portanto, não me diz quando, mas diz que acabe com a vida dela! Portanto, é o pedido que ela faz! Ela não me diz: mate-me agora! Ela diz: Doutor, portanto, eu quero que acabe com a minha vida! Portanto, que acabe! Portanto, ela é muito clara! É um pedido parecido... Não é bem igual, porque o outro diz: ah, isto não pode acontecer, não pode continuar! Ela não diz assim! Ela praticamente só diz: Doutor... Mas estava um pouco à vista! Quer dizer... Nós, olhando para a situação dela, percebia-se que ela estava a pedir, provavelmente, por causa da... da situação de mutilação e de... portanto, muito grande que ela tinha. Ela pede e, pronto... E eu ouvi. E ouvi aquilo como um pedido de ajuda! E desenvolvo, digamos, com ela conversas que são muito difíceis, que são muito poucas, muito poucas, muito poucas,

muito poucas! E tratámos depressão, tratámos sintomas, tratámos a ferida até... Portanto... Quer dizer, era preciso mais do que uma vez por dia, etc., isso tudo. Tudo isso... Ela... ela não diz, ela fala muito pouco, mas há registos no processo, porque nós registámos no processo. E... e... pronto, depois fez a acusação! Agora, eu não podia decidir de modo nenhum! Eu decidi foi no sentido de entender aquilo como ajuda e vamos desenvolver isto, vamos... Ela precisa de muito... Toda a gente sabia que ela precisava de muito apoio, que ela precisava de muito apoio psicologicamente etc., etc., etc. Que tinha feito aquele pedido diretamente, isso não... não é sabido! Que me tinha feito pedido de morte antecipada, não! Que precisava de muita ajuda psicológica e de... e de todos, isso sabia-se, não é? Era uma doente muito especial! Mas ela não modificou o pedido e fez-me uma acusação! Eu senti uma acusação! Senti! Lembro-me muito bem, lembro-me muito bem de me sentir... de me sentir atingido na minha... na minha... senti, por um doente, quer dizer! Que, felizmente... felizmente, na minha vida, não... nunca me aconteceu! Nunca me aconteceu haver um doente que me acusasse de o ter maltratado, não é?, de... Pode acontecer na vida de qualquer profissão! Mas sinto-me... sinto-me bem nesse sentido! Fiz aquilo que... pronto, que devia fazer.

**E: Quais é que acha que foram as razões que motivaram o pedido da doente?**

M: Eu penso que foram razões existenciais, de sofrimento existencial, provavelmente provocado por uma... por uma doença... pela doença, não é? A doença na sua localização e no que teria acontecido durante o tempo da doença. Experiências sexuais, não sei...! Provavelmente experiências muito dramáticas que ela terá tido, não sei! Ela, portanto... Eu penso que... que ela pede... pede o fim da vida, para ela não tem sentido, não... não tem por experiências, pela doença, pela doença, pelo sofrimento que tem... e muito intenso! É de um sofrimento muito intenso! E, talvez, porque estivesse deprimida! Mas eu, isso, não consigo... não consigo... aí encontro... encontro que há aí uma... uma falha... uma falha... uma falha nossa, não é? Portanto...

**E: Não conseguiram perceber...?**

M: Se seria uma depressão... uma depressão... uma depressão... Haveria motivos, mas...

**E: Ela não explicava porque é que ela queria morrer?**

M: Não! Não, ela explicava que queria... que... Ela... ela...

**E: Não explicava porquê?**

M: Ela não queria viver naquela... não queria viver! Não queria viver! Portanto, é um... É...! Vamos lá ver! Perante uma situação destas, nós entendemos que ela não quer viver, porque o tumor está... está numa situação... o tumor está numa situação tão, tão, tão...

**E: Portanto, não conseguiram identificar as razões que motivaram aquele pedido?**

M: São razões... Não, não, não... Não foi um caso trabalhado, enfim... Nós estamos em [—] [década de 90], talvez... sim, por aí! São casos... Eu penso que é uma... é uma... É um pedido que está num contexto de uma doença grave, de uma doença que tem uma apresentação muito... muito própria. Atinge uma área da mulher muito... produz, do ponto de vista... do ponto de vista, digamos, da... da... do entendimento da sua vida, da sua... da razão da sua vida, da sua qualidade de vida, das experiências, eventualmente, que teve...

ou que a podem ter marcado muito. Ela chegou a um ponto... Estes casos de... de... de... de cânceros avançados, em fases muito complexas, chagavam-nos de formas dramáticas muitas vezes. Eram casos abandonados ou que estavam em situações muito complicadas... muito complicadas! E penso que tem a ver, de fato, com... Pronto, esta é a situação, não é? É isto que leva... Portanto, é o sofrimento desta doente, neste contexto, que leva a um pedido. Provavelmente associado a uma depressão que eu, aí, não tenho a certeza! Porque nós tratámos! Nós tratámos com antidepressivos, também, mas não houve resposta a este... a este... Ela tinha, digamos... Ela tinha... A ideia dela era muito firme! Era uma ideia muito... muito definitiva, digamos assim! A ideia dela, de termo da vida, era muito definitivo! Não era... não era: ajuda-me a pôr aqui uns paninhos e tal, e depois, quando acontecer, acontece. Não! Ela tinha uma ideia muito firme de fim de vida, não é? De termo da vida! Portanto, é... De tal modo que ela, depois, faz a acusação! Ela, depois, faz a acusação! Ela faz a acusação, dizendo que o Doutor... Não diz: não presta... Mas: o Doutor não fez aquilo que eu lhe pedi! Portanto, foi assim que ela me...

**E: Então trata-se aqui, sobretudo, de um sofrimento existencial. É isso?**

M: Sim, eu penso sim! Eu penso que sim! Dentro de uma... de uma personalidade que eu não... pronto, própria.

**E: Era isso que eu lhe ia perguntar: que doente é que era? Que tipo de pessoa é que lhe parecia ser?**

M: Era uma senhora... Era uma senhora... Ela parecia uma pessoa... uma pessoa com alguma vivacidade. Uma pessoa que não era uma pessoa submissa. Uma pessoa... Parecia uma pessoa que teria tido uma vida mais... Pareceu-me! Uma doença deste tipo, uma experiência com a doença muito dramática, provavelmente. E a noção de que o melhor para ela era, indiscutivelmente, o termo... o termo da... da... Não o tratarem-me a dor ou tratarem-me cá não sei quantos, ou fazerem-me os pensos, não sei quantos. Era: terminar aquela situação! É isso que ela quer! É isso que ela quer e isso não se modifica. E, por isso, ela depois faz a acusação. E nós fizemos Cuidados Paliativos! Como? Pronto, avaliar a situação psicológica da doente, fazendo tudo, fazendo os contactos com ela. Portanto, é a história, o falar com ela, portanto, tudo isso. Fazemos tudo isso, mas... Ela, depois, acusa-me! E continuou viva, naturalmente. Continuou viva até ao falecimento.

**E: Quais eram as vossas maiores preocupações ou inquietações ao cuidar da doente?**

M: É fazer os cuidados do corpo e os psicológicos, dentro do possível. É, portanto... Os problemas que... Particularmente, era o problema de um penso complexo que ela tinha. Um penso muito complexo, porque havia uma destruição muito grande de toda a zona e com pus, com... Havia uma situação muito complexa. E, portanto, é...

**E: É os cuidados.**

M: Os Cuidados Paliativos! Pronto, os cuidados. Avaliação das necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais. Resposta multidisciplinar a todas as necessidades. Portanto, dentro do... Portanto, digamos que é um caso em que, apesar de ter tido contato com Cuidados Paliativos, os Cuidados Paliativos não deram... não deram resposta. Não podiam dar resposta por eutanásia e também não... não encontraram resposta. Ou não...

Por incapacidade etc. etc. Por tudo o que pudemos dizer de... de... que ela modificasse o seu pedido.

**E: E vocês tentaram abordar o pedido por via de uma equipa interdisciplinar, é isso?**

M: Sim, sim! Com a Psicologia, por exemplo. Sim, sim, sim!

**E: E a equipa sabia do pedido, ou não?**

M: A equipa sabia do pedido. É assim: vamos lá ver... Este é um pedido muito... muito... É um pedido... É um pedido que é muito... Eu não digo desvalorizado... Quer dizer... É um pedido que... O que se diz é que a doente precisa de muita ajuda. É o que se diz! Quer dizer, não se... Ninguém trabalha... Ninguém trabalhou este pedido como o pedido de... Vamos trabalhar aqui um pedido de eutanásia. Não! Isto é... é um pedido de ajuda! Ela precisa de muita ajuda, vamos fazer ajuda. Pronto, é isso! Portanto, é entendido como um pedido de ajuda! Mas não era! Ela estava a pedir a eutanásia! Nós entendemos como um pedido de ajuda, não é? E é isso que consta... Pobre dela, como ela está! Quer dizer, era assim.

**E: E gostava que me falasse agora sobre a sua relação com a doente. Ou seja, a vossa relação: como é que ela era antes do pedido? E se ela foi alterada pelo pedido? E, tendo sido, de que forma é que o foi?**

M: Pois, aquilo que eu me lembro e aquilo que eu posso dizer é o seguinte. Eu mantive a minha relação igual, não é? Ela terá mantido a sua relação igual, mas ela cada vez estava mais... mais distante, mais... mais longínqua, não é? Provavelmente, ela perdeu a confiança total, enfim... naquele... naquele pedido que ela... naquele desejo que ela tinha. Viu que não era possível, perdeu a confiança total. E... e... e digamos, eu mantive a minha relação na mesma. Mantive! De ajuda... de ajuda máxima, de falar com ela sempre. Ela falava muito pouco. Não senti... não me senti... Não tive o sentimento de rejeição, mas às vezes esses sentimentos também surgem. Isto é: porque é que cá vem?, porque é que ele aqui vem? Portanto, não faz aquilo que eu quero. Quer dizer, sentimos do outro lado... Desses sentimentos que... que os doentes sentem dos outros. Que é uma coisa importante, às vezes, nós... nós pensarmos nisso. Sentirmos que, quando nos aproximamos do doente, o doente tem um sentimento que, por outro lado, pode ser exatamente aquilo que eu sentia quando me aproximava dela. Isto é: de que falhou! Não é... Houve... houve uma incapacidade! Isto é, os Cuidados Paliativos não... naquele estado concreto, com aquela equipa, naquela situação concreta, naquela doente concreta, não tiveram resposta eficaz àquela situação. Tivemos na maioria das situações. Nesta concretamente não tivemos, porque havia um pedido que foi... que foi reiterado como acusação, não é? Como acusação! Como acusação e não como ela voltar a dizer-me, não é? Ela é... O pedido... Não é o pedido reiterado! Isto é: ela sabe que eu não... não é feito e, então, acusou! O Doutor não presta! Ou... Não me disse isso, não é? Mas entendi! O Doutor não presta! Portanto, nem venha cá falar comigo, que não vale a pena, porque não faz aquilo que... que eu, como ser humano em sofrimento, lhe estou a pedir. Ela devia pensar assim...! Portanto, o Doutor não presta para nada, não é?

**E: Então você sente que a vossa relação se distanciou?**

M: Não... Sim, quer dizer... Era uma relação que...

**E: Que já, por si só, era...?**

M: Era uma relação muito difícil, neste sentido. Era uma doente que... pronto. Para muitos era uma doente especial. Uma doente especial, uma doente... pronto!

**E: Especial, em que sentido?**

M: Não! A gíria, a gíria! É uma doente especial, não é?

**E: Quer dizer que é uma doente difícil, é isso?**

M: Pois...

**E: Que não permite a aproximação...?**

M: Pois, exatamente... sim! Portanto, é necessário ter... Não é necessário. Estes casos que acontecem devem ser... devem despoletar, de fato... Enfim, uma grande reflexão e uma grande... e uma grande... e a análise sobre o que é que... De fato, o que é que... o que é que falhou! Se é que falhou! Se é que falhou...? Penso que sim, que falhou! Porque os Cuidados Paliativos penso que têm respostas em que isto não acontece assim. Agora, caso concreto. O caso concreto, naquele momento concreto, aquela situação, aquela personalidade concreta, a nossa... e, depois, a nossa abordagem, a nossa maneira de lidar com a situação... Tudo isto... É um caso assim, não é?

**E: Nunca teve interações com a família da doente?**

M: Não, não, não, não, não.

**E: Ela esteve sempre sozinha durante os 15 dias?**

M: Sempre sozinha. Sim, sim, sim, sim.

**E: E a vossa relação manteve-se?**

M: Não... Eu ia sempre lá à cama dos doentes. E falava e tal, mas... É evidente que... Ver como as pessoas estão. E... e estamos em Cuidados Paliativos, não é?

**E: Por isso que eu lhe pergunto se a vossa relação era próxima ou era distante?**

M: A minha relação é próxima no sentido que é uma doente igual às outras, que eu estou a tratar como às outras, não é?

**E: Sim. Estou a falar da relação e da interação.**

M: Não, não, não fácil. Não... pouco... pouco... pouco... pouco... De pouca interação. Portanto, de pouca interação. Mas claro que o médico chega sempre: então, como é que está hoje? Põe a mão. Pronto: como é que se sente? A pessoa fala ou não fala. A pessoa... A pessoa diz ou não diz alguma coisa. A maior parte diz, mas há doentes... E há doentes que estão muito mal e que estão... Portanto, muito...

**E: E neste caso concreto, ela não...?**

M: Não... Ela não... não... Ela fez a acusação. Eu senti-me acusado como médico. Senti-me acusado como médico!

**E: Ela fez quanto tempo depois a acusação, após pedido?**

M: Uma semana, à volta disso.

**E: E acha que não havia interação: a família dela não interagia porque não existia? Ela não falava da família? Nunca falou? Não existia?**

M: Não, não há... Esta doente veio... Porque é assim: nós tínhamos doentes que eram da... Eu agora não me recordo exatamente. Eu penso que... Eu penso que... Ela não vivia com o marido. É isso que eu tenho... Isso eu sabia!

**E: Portanto, ela era casada, mas não vivia com o marido.**

M: Sim, sim, sim! Sim, sim! E depois, em relação à família, era de muito longe e não havia assim... não havia contatos. Não havia contatos!

**E: Sim, mas durante os 15 dias e sabendo que ela está a morrer, não aparecer ninguém é estranho!**

M: Não, às vezes acontece! (*risos*) Cuidados Paliativos rurais, no interior, acontece!

**E: Para si, de que forma é que a eutanásia e o suicídio medicamente assistido se enquadram na sua perspetiva sobre o seu papel de médico?**

M: Encaram-se, neste momento, como... como um tema de reflexão. São pedidos de ajuda, quando acontecem, e devem desafiar os Cuidados Paliativos para respostas, respostas, respostas, respostas! Neste momento, na minha maneira de... de... de ver esta questão como médico, e trabalhando em Cuidados Paliativos particularmente, entendo que não compete aos Cuidados Paliativos o procedimento de eutanásia. Portanto, a execução do ato letal... que não compete aos Cuidados Paliativos.

**E: E a sua forma de enquadrar altera-se em relação ao suicídio medicamente assistido ou...?**

M: Não, não! É igual, é igual, é igual! Não... Para mim é a mesma situação. Quer dizer, a minha perspetiva... Suicídio medicamente assistido ou eutanásia é a mesma coisa. Quer dizer, é a intenção de matar! O médico também está envolvido, porque... Eu acho isso até um bocado caricato... que o suicídio medicamente assistido seja menos despenalizado. Quando o médico dá, o doente ainda toma o... toma o... a substância. E o médico dá-lhe e, depois, o médico já não tem responsabilidade? Quer dizer... A intenção é a mesma! Portanto, para mim, a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido, do ponto de vista moral... do ponto de vista moral, é igual! Quer dizer... Não têm diferença. Não encontro diferença nenhuma!

**E: Portanto, na sua perspetiva, não se enquadram na Medicina ou nos Cuidados Paliativos?**

M: Na Medicina, na Medicina! E, particularmente nos Cuidados Paliativos, que são a área, digamos, profissional que mais... que mais...

**E: A sua experiência com a recepção daquele pedido para praticar a eutanásia efetuado pela doente alterou, de alguma forma, a sua perspetiva sobre a administração ou a prescrição ou de fármacos em doses letais no futuro?**

M: Não! Vamos lá ver! Eu continuo a pensar... Os médicos... O que sabemos hoje é que... E isso é um conhecimento que também já fomos adquirindo, não é? O problema do duplo efeito. O que sabemos hoje é que um doente que necessita... Estamos a falar em... em morfina, em opióides, não é? Sobre os medicamentos letais, digamos, que poderíamos começar a falar, ou sedação... ou sedação, não é? Mas digamos que o conhecimento que temos, científico e de prática, é que: se o doente que tem necessidade de... de um destes medicamentos, for utilizado corretamente, em doses adequadas, de acordo com a Farmacologia e no tempo certo... E o tempo certo é começar a tratar a dor quando ela aparece, não é [—] meses depois ou [—] meses depois! Ou não se sabe quando ou... e com tratamentos errados e erráticos e... e as coisas mais bárbaras que se fazem... que se fazem por aí. Digamos que, se houver um tratamento adequado da Farmacologia, dos medicamentos potencialmente letais, não acontece a morte em... nessa situação de doses elevadas. Está descrito isso, há estudos sobre isso.

**E: Não é isso...! O que lhe perguntei era se o fato de ter recebido um pedido alterou a sua perspetiva sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido?**

M: Não, unicamente me veio... veio-me... veio-me...

**E: Fê-lo refletir em que sentido?**

M: Refletir no sentido que são situações que existem e que é necessário que os Cuidados Paliativos, os médicos, a Medicina e a multidisciplinariedade tenham cada vez mais capacidade de, eventualmente, poder inverter este pedido. Não o senti... E não no sentido de: não fazemos então Cuidados Paliativos e fazemos, versus Cuidados Paliativos, fazemos eutanásia! Entendo que a eutanásia não pertence... não é procedimento do médico.

**E: Não é procedimento médico, mas os doentes apresentam razões para fazerem pedidos e aí o difícil, eu penso, que está em conseguir explorar essas razões.**

M: Sim, claro! Este caso concreto tem a ver com... com... Nós temos contato com um... um... um... num prazo de tempo da vida da doente... já é mesmo o final da vida, não é? Ela tem um percurso muito anterior e... muito anterior. Portanto, penso que tem que haver uma abordagem... Portanto, estes problemas têm que ser resolvidos muito a tempo! E não é na fase terminal! Não é na fase... na fase terminal! Portanto, eu penso que o que está aqui em causa é continuar, para já, pronto... Agora levantam-se uma série de questões que teríamos que falar, que era: quando é que os Cuidados Paliativos devem entrar em cena, quando..., os problemas do acesso, os problemas da... da... dos tratamentos inadequados, os problemas da... da... da não multidisciplinariedade, os problemas de tudo isso! Tudo isso pode ter contribuído, com uma doença destas, contribuído para... e com um tratamento que... que foi muito... Que não foi tratamento, já não foi possível! Ela já aparece também... É uma doença avançada, porque ela também já aparece numa fase muito adiantada da sua... da sua doença. Portanto, tudo isto, no caso concreto do Hospital [—], no nosso..., na nossa..., naquele momento, na nossa preparação e na nossa incapacidade... e na nossa impreparação, digamos assim, não pudemos dar resposta, outra

resposta, que não... assistir! Que dar Cuidados Paliativos, que não modificaram o pedido! Mas fizemos Cuidados Paliativos! Cuidámos dos sintomas e o conforto e a presença e o... Isso fizemos, não é? Mas isso não modificou... não modificou o pedido. Isto é, ela já não queria aqueles cuidados ou... Ela recebeu-os, naturalmente, mas... mas ela queria outra resposta que, para nós, não é Cuidados Paliativos!

**E: Ela, até ao fim, manteve o pedido.**

M: Sim.

**E: E ela não vos conseguia explicar porque é que não queria viver e porque é que estava a pedir a sua ajuda para morrer?**

M: Por isso, eu ponho a questão de eventual depressão.

**E: Mas não quis explicar, porque não quis falar ou porque...?**

M: Não, não! Não falou, não falou. Ela não falava muito. Muito pouco, muito pouco! Falava muito pouco, muito pouco! Portanto, não...! E é um pedido logo, assim, muito no início! É logo de início, não é? Ela entrou e foi logo, assim, muito no... segundo dia, por aí. É logo, assim, o pedido.

**E: E, por ela querer morrer, ficou...?**

M: Sim, manteve aquela mudez dela, aquela situação. Fez a acusação! Eu podia dizer: ah, fez aquilo, mas depois, portanto, nunca mais falou no assunto. Fez a acusação! E eu falei com ela! Falei com ela na altura, com certeza que explorei o mais possível, no sentido de... não de... de... de fazer um inquérito, de ser inquisidor, não é? Mas no sentido de que estava ali para a ajudar! É no sentido de que estamos aqui para a ajudar, que tudo o que esteja... Portanto, que... que nunca teria alta sem ela... Portanto, tudo isso, foi tudo posto como fazíamos a todos os doentes. E a ela, muito particularmente, fizemos, não é? Ela não ter o receio de que iria ter uma alta, iria não sei quantos, que iria ter esses problemas todos! Portanto, ela não! Ela... Ela queria, de fato, portanto, o termo da vida! E acusou-me, dizendo: o Doutor não... não fez aquilo que eu lhe pedi! E fez-me essa acusação e eu senti... Quando ela me fez, quando eu estava... quando eu falava com ela e ainda estava a falar com ela. Ela fez-me aquilo, assim, de choque! Quando eu me aproximei dela, ela faz imediatamente a acusação! E eu vou... Continuei-lhe a dizer: então, mas...! Pronto, eu respondi que estávamos lá para a ajudar.

**E: Este caso não alterou a sua perspetiva sobre a morte medicamente assistida?**

M: Não! Fez... fez... fez... Não, não... não há morte medicamente assistida! Há Cuidados Paliativos. Isto é, há vida assistida enquanto... enquanto se está vivo! (risos) Não...! Não, morte medicamente assistida, não! Quer dizer... não! Provocar... provocar a morte, não! Provocar a morte, não! Não, não! Neste momento, não!

**E: Não alterou a sua perspetiva, que já era qual?**

M: É de Cuidados Paliativos! É de... é de... é de responder... de responder às necessidades multidisciplinares do doente e entender que o pedido é... é um pedido de ajuda. E que os Cuidados Paliativos respondem, habitualmente... respondem! E, na nossa prática, respondem. Exceto este mas, como digo, é um caso... um caso que... que... Porque,

*TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO MÉDICO M1*  
*[M1, Masculino, ≥ 60 anos, Anestesiologia e Medicina Paliativa]*

primeiro, não soubemos... não soubemos lidar com ele, quase com certeza, não é? E, depois, também sabemos que haverá casos em que o pedido se manterá, mas que os Cuidados Paliativos não são a resposta, porque não podem fazer eutanásia! Portanto, os Cuidados Paliativos, por maior qualidade que tenham, não podem satisfazer uma situação dessas, porque não podem fazer eutanásia!

**E: Claro. Doutor, obrigado pela conversa!**

M: De nada.

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA MÉDICA M2**  
**[M2, Feminino, ≤ 40 anos, Medicina Interna e Paliativa]**

**E (entrevistadora):** Doutora, antes de mais, obrigada por ter aceite falar comigo sobre a sua experiência pessoal que penso ter sido com um único caso de... neste caso, pedido de eutanásia que recebeu. Mas, se tiver recebido mais, depois entretanto ao longo da entrevista podemos falar também sobre isso e sobre a sua experiência profissional com esses pedidos de uma morte medicamente assistida.

M (médica): Hm hm!

**E:** Antes de entrar no tema propriamente dito, eu gostaria só de lhe fazer umas perguntas de contextualização. E perguntar-lhe a sua idade.

M: [—] [≤ 40].

**E:** E gostava que me descrevesse, de uma forma muito sucinta, o seu percurso académico, desde a conclusão do curso e da sua especialidade médica, que eu penso ser em medicina interna, até à realização de outras formações pós-graduadas complementares que eu sei que existem, nomeadamente em Cuidados Paliativos. Gostava que me falasse sobre o seu percurso académico e sobre a escolha da especialidade clínica. Porquê? Se encontra algum fator que determine o fato de ter enveredado, nomeadamente pela área dos Cuidados Paliativos. E, se encontrar algum motivo para isso, que me indique qual.

M: Então... em relação à questão... a conclusão da especialidade coincidiu com a entrada nos Cuidados Paliativos. Foram coisas mais ou menos... o final da especialidade coincidiu com o momento em que me foi dada a conhecer, pela primeira vez de uma forma organizada enquanto área clínica diferenciada, a questão dos Cuidados Paliativos. Por uma questão casual foi-me pedido, no último ano de internato, que participasse num [—] onde os artigos em discussão tinham sido escolhidos previamente, ao contrário daquilo que era habitual em que seriam as pessoas que proporiam artigos que tinham sentido interessantes. Nessa sessão foi-nos proposto ao contrário: os artigos tinham sido escolhidos e foram pedidas a duas pessoas que os apresentassem para o resto dos internos em formação no serviço. E os artigos tinham sido escolhidos pela [—] e pelo [—], que tinham sensibilizado o diretor de serviço para a importância dos Cuidados Paliativos no hospital. Já antecipando a criação daquilo que depois veio a ser a Equipa [—] de [—] Cuidados Paliativos. E perante aquilo que me foi dado a conhecer, pelos resultados apresentados e pela sensibilização que o artigo me trouxe e pela curiosidade, não é? E depois, também, por perceber que era uma área muito... muito germinativa em... em Portugal e onde havia muito pouco. E, por outro lado, também por sentir que podia ser uma resposta às dificuldades que durante os [—] [> 5] anos prévios eu tinha encontrado no hospital, nos doentes que... que me pareciam à partida ser os mesmos que eu acompanhava. Trabalhando numa enfermaria de Medicina Interna, sobretudo num hospital onde a Oncologia não tem um internamento próprio, as situações de intercorrências com doentes oncológicos não eram acompanhadas diretamente pelos oncologistas. Eram tratadas, no dia a dia, com os médicos da Medicina Interna. E como, tradicionalmente, na instituição está... recai sobre os internos o cuidado direto aos doentes, o conversar com as famílias, o gerir os problemas, sempre foi uma situação a

que eu estive exposta. Não só o sofrimento físico, como também o sofrimento que os doentes e as famílias têm numa situação de internamento, numa situação em que percebem que, se calhar, a doença não está tão controlada quanto imaginavam. E a nossa dificuldade, também, em tomar decisões face a doentes tão frágeis e tão instáveis e... e, às vezes, tendo de enveredar por procedimentos que nos são sugeridos pelo especialista, mas que, à partida, nos parecem desproporcionados àquilo que depois se possa esperar como resultados. E foi de muitas dessas questões que senti que, se calhar, os Cuidados Paliativos poderiam ser uma forma diferente de ajudar estas pessoas a terem qualidade. Portanto, foi um bocadinho por... acaso! Não foi... não foi nada premeditado, não foi... como muitos dos meus colegas fazem... (risos) uma prospeção do mercado, no sentido de perceber qual é... (risos)

**E: Fazem?**

M: Fazem... infelizmente, fazem! Infelizmente há pessoas que o fazem, no sentido de perceber qual é a área mais rentável. Não...! Foi realmente algo que me fez sentido! Em que eu senti francas deficiências, porque me falavam de coisas que eu não sabia, não é? Não sabia que podiam ser feitas e, portanto, foi por curiosidade. É verdade que, também, sentindo alguma ameaça do ponto de vista de futuro na instituição... que estávamos numa altura em que o governo deixou de abrir vagas para os internos que acabavam... E, portanto, eu acabei por optar por, na perspetiva de futuramente esta poder ser uma área no hospital, por, por exemplo, prescindir de concorrer ao concurso na minha área de Medicina Interna.

**E: Então ainda teve custos associados.**

M: Foi uma opção, não é? Foi uma opção!

**E: E, depois, isso veio a verificar-se, ou não, Doutora?**

M: Pronto... E, depois, isso veio a verificar-se. Alguns meses depois houve a criação da equipa projeto e, no âmbito da equipa projeto, identificaram-me como uma das pessoas que podia trabalhar nesta... nesta área. Identificaram [—] médicos: [—] da instituição, uma seria eu, e identificaram outro colega de outra instituição, que do ponto de vista logístico não achou que fosse uma boa oportunidade para ele e, portanto, acabou por recusar. E... e a equipa nasceu manca à partida, porque era sempre para ter [—] médicos e... e durante [—] anos [—] teve [—]. Pronto.

**E: E queria perguntar-lhe também... como nós falámos brevemente sobre o seu percurso académico... mas, a Doutora terminou a especialidade em... recorde-me.**

M: Em [—].

**E: E, depois, aqui...?**

M: Esse [—] terá sido no princípio de [—]. E... e, nessa perspetiva, houve – recorde-me! – poucos meses depois... Ainda não tinha acabado, ainda não tinha feito o exame de saída, portanto, deve ter sido em [—], um curso básico para médicos na [—], ministrado pela [—], em que eu também participei. E... e, nessa altura, falou-se na hipótese de... Já havia a tal equipa projeto, ou a tal equipa projeto estava a trabalhar e a [—] fazia parte da equipa, e eu acabei a especialidade. E, na perspetiva de não haver contrato imediato,



aquilo que me foi proposto pelo hospital foi eu ficar a trabalhar durante seis meses no Serviço de Urgência; portanto, na equipa fixa do Serviço de Urgência. E, nesse verão, a [—] falou-me do Hospital [—], já que eu gostava desta área e ela me tinha visto no curso de formação... Se eu não queria... que também estava a abrir, tinha aberto poucos meses antes. E trabalhei durante esse verão e até [—]... com a [—]. E alguns meses depois, para aí em [—], o Doutor [—], que é meu colega de curso, que trabalha em [—] e que trabalhou com a [—] nos Cuidados Paliativos [—], ficou a coordenar a Unidade [—]. Pronto, e lembrou-se de mim, sobretudo porque tinha ouvido dizer que eu estava a trabalhar no Hospital [—] e também me propôs fazer um dia por semana na [—]. Pronto, e a questão... o curso básico era algo muito curto, não é?, do ponto de vista formativo... muito básico! (*risos*) E soube que havia [—], na faculdade, o [—]. Pronto [—].

**E: O [—] já foi em que ano?**

M: Começou em [—]. Pronto... a Unidade abriu aqui em [—], em [—]. Não foi aqui neste espaço, foi num espaço que foi cedido, que era um gabinete na direção de enfermagem, um gabinete no piso [—], por... por autorização da enfermeira diretora que era um dos elementos da equipa projeto e que muito acarinhou a equipa e que muito contribuiu para que a equipa fosse uma realidade no hospital. E, portanto, começámos a nossa atividade, essencialmente, com inter-consulta, com visita aos doentes internados porque não tínhamos espaço para ver doentes em consulta externa. O espaço da consulta externa surgiu no ano a seguir, em [—]. E, entretanto, portanto, o [—], a parte académica, digamos assim, de... de aulas teóricas e, depois, o tempo [—]. O tempo [—].

**E: E queria perguntar-lhe também, Doutora, qual foi a sua motivação para tirar essa formação.**

M: Portanto, [—] Cuidados Paliativos, de alguma forma, foi uma necessidade perante a perspetiva de abrir a equipa aqui, não é?, e nós precisarmos, por um lado, de abrir a equipa aqui e, por outro lado, também... Embora a parte prática seja muito importante, aquilo que eu tinha no Hospital [—] e na [—], também exigia que eu tivesse formação na área, não é? Portanto, acontece muitas das vezes os profissionais são identificados porque lhes faz sentido trabalhar naquela área, mas é uma necessidade que tenham formação, não é? Portanto, muitas das vezes, a formação vem à posteriori. No fundo, também, acabou por acontecer isso um bocadinho comigo. Eu comecei a trabalhar em Cuidados Paliativos com doentes e tinha formação básica, não é? Não tinha... A formação avançada surgiu alguns meses depois.

**E: E queria perguntar-lhe também... Nós já falámos de alguns locais por onde trabalhou. Eu tenho uma dúvida: a Doutora exerce como médica de Cuidados Paliativos só ou também como internista?**

M: O meu exercício como internista é no Serviço de Urgência.

**E: Atualmente, ainda?**

M: Atualmente, ainda. Não me dispensam dessa incumbência... (*risos*) Portanto, no Serviço de Urgência sou internista, embora os meus colegas preferencialmente dirijam para mim situações específicas de Cuidados Paliativos. Portanto, com muita frequência, embora eu seja internista, aquilo que me pedem e os doentes com que me pedem para

ficar quando eu faço habitualmente Serviço de Urgência, no SO, na sala de intermédios... Mas, habitualmente, os meus colegas delegam para mim aquelas situações de doença avançada, de necessidade de tomada de decisões, de famílias complexas... Portanto, por inerência, sou eu que fico com esses casos. Pronto, de resto, só trabalho em Cuidados Paliativos.

**E: Começou a trabalhar no Hospital [—], na [—]...**

M: Depois, em [—], quando nós começámos aqui, também em [—] acho eu, [—], quando abriu o Hospital [—] ... O acordo com a [—] tinha sido: até ao Hospital [—] estar pronto e começar a funcionar, eu trabalhava no Hospital [—]. Depois disso, como o Hospital [—] também pertence ao [—], passaria a trabalhar com ela no Hospital [—]. Portanto, em [—]... não sei se foi em [—] se foi em [—], deve ter sido [—] de [—], eu comecei a trabalhar no Hospital [—] e deixei de trabalhar no Hospital [—]. Pronto, porque já tinha sido esse o acordo, digamos assim.

**E: Isso foi, mais ou menos, na altura da abertura daqui. E, por isso, eu queria perguntar-lhe se depois se manteve, ou como é que fez?**

M: Portanto, tinha o meu horário aqui e tinha um dia por semana na [—] e duas tarde no Hospital [—].

**E: E agora... e, depois disso, o seu percurso profissional passou por onde?**

M: Depois disso... houve uma mudança em [—], em que eu saí do Hospital [—], no final de [—]. E estive na [—] até [—]. Em [—] foi-me proposto abrir uma Unidade de Cuidados Paliativos de agudos, de internamento, no Hospital [—] e, portanto, é lá que eu tenho estado, a par daqui. Na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital [—] e aqui [—].

**E: Gostava que me falasse, ou que me destacasse, os aspetos que considera mais importantes e significativos em relação a toda esta experiência profissional, sobretudo enquanto médica especialista de Cuidados Paliativos. Que me falasse sobre o significado que atribui à experiência que tem acumulado já ao longo de alguns anos e que me falasse sobre as principais características do universo de doentes de quem tem cuidado ao longo da sua vida profissional.**

M: O universo é... é muito amplo. Porque, por um lado, essencialmente, aqui no hospital temos uma população de consulta externa, que é para aí 2/3 dos doentes que vimos, o outro terço são doentes que estão internados nos serviços, sobretudo nos serviços de Medicina, porque a nossa população é, essencialmente, uma população oncológica e uma população oncológica que, quando precisa de ser internada, fica internada na Medicina. Não quer dizer que os outros serviços não nos referenciem, mas referenciam-nos pouco. A Cirurgia referencia-nos alguns doentes, mas até com o intuito de depois os acompanharmos em ambulatório. Portanto, referenciação durante o internamento para orientação terapêutica e para tomada de decisões é, essencialmente, os serviços de Medicina que o fazem. Os outros serviços fazem-no pontualmente para resolver situações pontuais. Um dos outros serviços do hospital que também nos referencia bastante é o serviço de Otorrino, que são situações oncológicas complexas... os tumores de cabeça e pescoço são situações de elevada complexidade dentro das doenças oncológicas. Pronto,

por um lado. As populações dos outros sítios onde eu trabalhava são populações de internamento, sendo que na [—], no Hospital [—] e, também, uma grande parte dos doentes do Hospital [—], são população... digamos que, de Unidade de Cuidados Paliativos de média duração. Ou seja, não são situações agudas como as que eu tenho agora do Hospital [—]. A diferença é que, por exemplo, a unidade do Hospital [—] está mais direcionada a fazer controlo sintomático, a identificar problemas novos e a controlar situações rapidamente e, depois, puder devolver os doentes ao sítio onde eles habitualmente gostam de estar e ser cuidados, que habitualmente é em suas casas. A filosofia da [—] e do Hospital [—], na altura, não era... não era essa, não é? Eram unidades da Rede e, portanto, muitos dos doentes que são referenciados para as unidades da Rede não têm capacidade para estar em casa, ou porque não há uma família que os possa cuidar, ou as situações já são de tão... de tal forma complexas que é difícil ter a medicação em casa e ela puder ser administrada quando os doentes precisam. Portanto, digamos que são unidades em que os doentes estão de uma forma mais... mais persistente. A unidade do Hospital [—] não tem esse objetivo; tem o objetivo de ser aquilo que poderia ser este hospital... aquilo que faria sentido existir neste hospital para todos estes doentes. Por exemplo, os tais que me referenciam para eu resolver os problemas na Urgência... com três, quatro dias de internamento as situações ficam resolvidas e eles possam voltar ao seu contexto: a casa, se assim for... for possível. Portanto, é uma população muito diferente! O que é um desafio, não é? Mas eu acho que faz todo o sentido e acho que é muito enriquecedor poder ter essa experiência. Aquilo que sinto dos colegas que trabalham nas unidades em os doentes estão mais estáveis e em que, no fundo, os sintomas até estão controlados... as pessoas não têm é outras opções em termos de local de... para estarem... para serem cuidadas... De alguma forma há alguma desmotivação, do ponto de vista clínico. As pessoas sentem que, se calhar, são um bocadinho, casos sociais. Mesmo os médicos de cuidados paliativos não se sentem muito motivados, não é? Quando temos doentes, que até estão controlados, mas simplesmente não têm um sítio para onde ir... ou estão a aguardar um sítio para onde ir. E aguardam meses, anos, para serem transferidos para outra tipologia. Isso acontecia com muita frequência na [—]. Recebíamos doentes que rapidamente controlávamos, e depois não tínhamos para onde os reenviar. As famílias, ou não existiam, ou não os aceitavam... O sistema social não tem nenhuma forma de encontrar um lar que os possa receber. E há muitos lares que recusam doentes oncológicos e que recusam doentes já com um grau de dependência grande e que recusam doentes com traqueostomias, por exemplo, e que recusam doentes a fazer BIPAP. E, do ponto de vista logístico, o Serviço Nacional de Saúde tem unidades de longa duração que, habitualmente, estão cheias, não é? E que, também, muitas delas também recusam esses doentes. Portanto, temos camas que podiam ser utilizadas com benefício para outros doentes, que estão a ser ocupadas como hotelaria, ou quase só como hotelaria. Por isso é que não há vagas, não é? Por isso é que é difícil os doentes entrarem... No fundo não há forma de os colocar nos sítios onde eles deveriam estar. Portanto, é uma população muito heterogênea. Os doentes de Cuidados Paliativos são uma população muito heterogênea, porque temos doentes com necessidades agudas, que faz todo o sentido que sejam atendidos em hospital. Há muitas circunstâncias em que nós conseguimos controlar os sintomas aqui e o doente não ser internado e ir para casa, desde que haja um familiar que o consiga ajudar a cumprir a medicação, não é? Esse é o grande dilema: são os cuidadores. Porque nós conseguimos

fazer muita coisa se tivermos um bom cuidador ou um cuidador capacitado, não é? Ou um cuidador motivado. Mas não conseguimos fazer nada se não houver, não é? Quantas e quantas vezes os doentes ficam internados porque nós não temos um cuidador! E essa é a situação com que, cada vez mais, nos deparamos. Pronto, e depois são esses doentes que são referenciados para a Rede.

**E: Muito mais do que uma questão clínica, às vezes é uma questão familiar. Isso dá que pensar... E perguntava-lhe, sobretudo, o que é que destacaria como sendo o mais significativo da sua experiência profissional. Ou seja, o que é que a tem feito estimular a reflexão ao longo do tempo?**

M: É aquilo que eu aprendo com as pessoas, não é? É aquilo que... que eu vejo ser possível ajudar as pessoas, por um lado, e, por outro lado, aquilo que eu vejo ser a capacidade de resiliência dos doentes, não é? E de tolerância ao sofrimento e de dádiva, não é? Há muitos doentes... muitos doentes que continuam a preocupar-se com os outros e a estarem mais preocupados com os outros do que com eles próprios. E a querer ajudar os outros e, às vezes, quando... quando passamos questionários... Nós estamos a fazer a validação de um sistema de avaliação de sintomas, do [—], em português. É impressionante as pessoas quererem participar e quererem ajudar, mesmo estando... Estamos a fazer a validação em doentes com dor óssea e que estão a fazer radioterapia e as pessoas querem participar. Quando o colega da radioterapia propõe, todos eles dizem que sim, ninguém diz que não. Preenchem os papelinhos... toda a gente quer! E fica preocupada se não fez bem, se não percebeu. Impressionante! E é assim... as pessoas... É impressionante. A maior parte das pessoas... a doença, apesar de ser tão má, percebe-se que faz ressaltar neles coisas muito boas. E... é gratificante ver isso.

**E: E, em relação... quais pensa terem sido, na sua opinião, os principais contributos que suscitaram uma reflexão sua sobre a sua prática clínica?**

M: É... é aquilo que eu vejo nos outros. É um bocadinho... o ver a forma como... como... a forma como reagem perante a dificuldade, o sofrimento, a perspetiva de morte... as outras pessoas. Que me faz, realmente, questionar... É assim: encontramos em nós forças onde, às vezes, é difícil acreditar que há forças para mais. E, a coragem destes doentes, a vontade de lutar e de continuar sempre e de continuar vivos, da maior parte deles, é algo que, por um lado, me dá a mim mais sentido de que tudo aquilo que eu possa fazer por eles é importantíssimo, não é? Tudo aquilo que eu possa fazer para os ajudar, porque se eles querem continuar vivos, têm que continuar vivos bem, não é? E o melhor possível... Obviamente, às vezes, questiono-me a mim própria se eu seria capaz de tomar as mesmas decisões do que eles em circunstância similar. E há muitas coisas que eu vejo os meus doentes quererem fazer e quererem continuar a lutar que, claramente, eu não teria essa vontade à partida.

**E: E eu, provavelmente, também não. Queria perguntar-lhe, agora entrando precisamente no tema que me trás aqui, se se recorda ou consegue descrever da forma mais pormenorizada possível, todos os pedidos de eutanásia ou de assistência médica ao suicídio que já recebeu ao longo da sua prática clínica.**

M: Depois de nós termos conversado, Tatiana, quando aqui me apresentou o trabalho... Na semana anterior tinha havido. Os pedidos de eutanásia não são muito frequentes, mas

existem. Pronto, e é importante as pessoas terem noção disso. E, por melhores cuidados que nós tentemos proporcionar e envolvendo toda a equipa e, de alguma forma, tentando entrar por todos os âmbitos... Desde a parte do controlo sintomático, desde a parte do apoio emocional, desde a parte do apoio espiritual, outras... outras formas de distração ou outra forma de tentar encontrar motivos de sentido para os doentes... Continua a haver doentes que, de uma forma determinada, pedem para os ajudarmos a morrer. E, na semana anterior a termos falado, nas duas semanas anteriores, tínhamos lidado com uma situação similar. Se calhar, do ponto de vista de impacto, aquela que, a par da primeira, teve... teve um impacto grande sobre a equipa.

**E: Pode descrever-me cada um dos casos em separado?**

M: Sim. Pronto, se calhar, em relação à primeira situação que passou-se, provavelmente, há [—] [> 1] ano. Era um senhor de [—] [> 70] anos, a quem a equipa acompanhou desde o momento do diagnóstico. Porque ele surge-nos numa situação em que não tinha diagnóstico, mas em que se percebia que alguma coisa não estava bem. De alguma forma, dinamizámos o processo que levou ao diagnóstico, que era uma recidiva de um tumor da cabeça e pescoço. Um senhor, que tinha tido uma primeira neoplasia [—] [> 3] anos antes, tinha feito cirurgia e radioterapia, tinha tido uma segunda recidiva [—] [> 1] ano antes e tinha feito quimioterapia e radioterapia, e foi dado como curado. E, de uma forma mais ou menos progressiva, começa a apresentar um edema da cara e do pescoço progressivo. Tendo procurado várias opiniões, vários colegas de Otorrino, quer da instituição que o acompanhavam, quer de outras instituições, e que não chegaram nenhuma conclusão e atribuíram esse efeito a um efeito tardio da radioterapia que ele tinha feito. E o senhor estava desesperado, porque de dia para dia a cara aumentava, começava a ter algum desconforto, não conseguia comer, não conseguia falar e as pessoas diziam-lhe que era normal. Pronto. E a resposta era essa: era normal, era da radioterapia que tinha feito. E, portanto, chegou-nos aqui numa situação de desespero de causa. As filhas eram pessoas... eram e são pessoas diferenciadas. Uma das filhas é veterinária, a outra das filhas é professora de ensino secundário. E estavam preocupadas com o pai. O pai vivia sozinho, tinha ficado viúvo quatro ou cinco meses antes do inchaço ter começado a surgir. E, tal era o desespero do senhor, que achava que os médicos não estavam a valorizar o que se estava a passar com ele, que se fotografava de manhã e à noite para as pessoas compararem o efeito, como é que ele estava de dia para dia. Portanto, e chegou aqui com as suas fotografias para nós percebermos que o inchaço tinha, realmente, aumentado bastante. E o inchaço não tinha melhorado com corticóides. Ele já tinha... já tinha procurado uma consulta de Cuidados Paliativos no Hospital [—]. Não tinha melhorado com os corticóides nem com os diuréticos. O que fizemos aqui foi tentar perceber se havia alguma outra causa, se era uma forma alérgica, se era um angioedema... O senhor tomava alguma medicação dada por uma das filhas. Medicação natural, de homeopatia. Porque, em desespero, nada resultava. Elas procuraram também essa via e não era, não era nada alérgico. E pedimos a quarta opinião ao otorrino aqui do hospital, explicando que aquilo não era normal e que tinha que haver alguma coisa. E, quem o viu, achou que devia repetir a biopsia, ou que devia fazer uma biopsia porque nunca tinham feito biopsia novamente. E tinha, novamente, tumor. Bom... o senhor, de alguma forma, ficou, por um lado, aliviado de lhe terem contado alguma coisa e de lhe terem proposto fazer novamente tratamento. Pelo menos foi essa a percepção que

tivemos, que finalmente se descobria alguma coisa. E começou por fazer quimioterapia, que foi, do ponto de vista de orientação, aquilo que a consulta de grupo decidiu. Não era nenhuma... não era possível ser operado de imediato e, portanto, a ideia foi reduzir as dimensões da lesão para, se tudo corresse bem, eventualmente ser operado. Cumpriu o seu tratamento... Este senhor, é importante dizer que estava reformado, mas ajudava a filha veterinária na clínica. E, portanto, era o tosquiador dos cãesinhos e era uma coisa que ele gostava muito de fazer e que, apesar dos tratamentos, manteve como o seu hobby. Pronto. Os tratamentos eram feitos em internamento no Serviço de Otorrino. Nunca houve nenhuma complicação assim... major. O que aconteceu, em termos de seguimento, é que a partir do momento em que ele começa a ser seguido pela Oncologia e tem os internamentos no Otorrino, nós não o víamos com tanta frequência aqui em baixo. E também não nos chamavam com frequência lá em cima, porque, para todos os efeitos, tinha deixado de ser um doente paliativo e estava a fazer terapêutica ativa. Aquilo que aconteceu foi que os corticóides não foram reduzidos (ele vinha com uma dose muito alta), foram reduzidos progressivamente, mas se calhar não foram reduzidos tanto quanto deveria ter sido. E o senhor acaba por ter uma perda de massa muscular importante e, no fim do seu tratamento de quimioterapia, está realmente muito debilitado e começam a surgir quedas que preocupam muito as filhas, sobretudo porque ele está sozinho em casa, e impedem-no de continuar a fazer o seu trabalho. Portanto, ele deixou de ter a atividade diária, que era ir tratar dos cãesinhos e ajudar a filha e passou a estar mais tempo tem casa e mais tempo sentado. E cada vez que se queria levantar, não conseguia, por causa do efeito de atrofia dos corticóides. Pronto e, de alguma forma, se apercebeu também que os tratamentos eram violentos, não é? Apesar de nunca ter havido assim uma intercorrência major, teve uma flebotrombose... teve uma veia que entupiu, precisou de fazer enoxaparina, que é uma injeção diária. Mas quis ser ele a aprender e a fazer a ele próprio. A filha, pronto, fazia alguma supervisão, mas era ele que fazia a ele próprio. E no dia em que ele vem... Portanto, acabou a quimioterapia, fez TAC, tinha havido uma boa resposta, redução da massa superior a 50% e o passo seguinte seria fazer radioterapia para reduzir ainda mais. Pronto... No dia em que vem à consulta de radioterapia, passou por aqui e não tinha propriamente consulta marcada, mas nós estamos habituados a que os doentes, quando vêm a outra consulta, se precisam de alguma coisa, passam por aqui, nós tentamos vê-lo. Pronto, e foi esse o caso. E a filha disse-nos que estava desesperada, que o pai tinha dito na radioterapia que não queria nada, não queria fazer mais tratamentos, não queria nada, queria morrer. Já, nessa manhã, ela o tinha ido buscar e viu que lá estava a medicação toda em cima. Ele disse que não queria tomar... que não queria comer e que não queria tomar. Pronto, ela não ligou. Mas, quando chegou aqui e disse ao médico que não queria fazer mais tratamento nenhum, ficou preocupada. Pronto, e... e...

**E: Mas consegue entender isso dentro de um contexto em que os tratamentos estavam a ser bem-sucedidos?**

M: O senhor, das vezes que aqui veio, estava triste com a situação dele, não é? Com a figura física, com o fato de não ter forças para andar, de estar a perder a sua autonomia, das filhas lhe começarem a dizer que, se calhar, era melhor começar a ter uma senhora lá em casa para o ajudar, para lhe fazer a comida... E de ele sentir que isso era, realmente, uma realidade. Que, realmente, não conseguia fazer aquilo que ele queria, nem sequer conseguia sair. Isso entende-se. Agora, uma manifestação... E também se entende... Ele

tinha hábitos alcoólicos, anteriormente, não é? E estes tumores também estão muito relacionados, por um lado, com o tabaco e, por outro lado, com hábitos alcoólicos. E tinha uma personalidade um bocadinho impulsiva. Isso as filhas também sempre, sempre contaram dele. Agora, aqui em consulta, o senhor sempre estava calado, não falava muito, não é? Ele tinha traqueostomia. Também, do ponto de vista de comunicação, é uma limitação. Mas, essencialmente, respondia àquilo que nós perguntávamos, não tinha um discurso espontâneo. Era um homem calado.

**E: Então, nesse dia que ele veio ao hospital, ou que ele veio com a filha ao hospital, ele comunicou isso...**

M: Disse que não queria, disse que não queria.

**E: À Radioterapia?**

M: À Radioterapia, ao médico da radioterapia, que ficou a olhar para ele e disse: não quer, não quer! Pronto, e a filha ficou sem saber o que fazer. Por isso é que ela veio aqui! Pronto... E, nesse dia, o senhor falou com toda a gente e... e ele disse que estava farto, que aquilo não era vida para ele e que não queria viver assim. Que a vida, para ele, não tinha sentido nenhum. Falou connosco, com a enfermeira... Não era por ter dores. Do ponto de vista de dor, este era um homem também um bocadinho estoico. Para ele fazer medicação para a dor era muito... era muito complicado. Portanto, de forma que... Em determinada fase da doença, já antes... antes de tudo isso... Como, por um lado, ele tinha dificuldade em engolir, porque era uma lesão da língua, por outro lado, tentava sempre aguentar. Optámos por ter um sistema transdérmico. Portanto, este senhor, durante muito tempo, a analgesia dele era assegurada porque ele, realmente, tinha um adesivo e punha o adesivo. Isso não... não lhe fazia grande... grande diferença e as filhas iam controlando se estava tudo a correr... a correr bem. Nesse dia... As filhas, aquilo que nos contavam foi que, desde o fim de semana, que ele estava... No fim de semana anterior... Isto deve ter sido para aí numa quarta ou numa quinta-feira. Mas que, desde o fim de semana, que ele estava diferente. Estava muito irritado sem se perceber exatamente porquê. Elas acharam que tinha sido pela questão de elas lhe terem falado que iam arranjar uma senhora para lá estar com ele, porque ele tinha tido, novamente, uma queda aparatosa e, como tinha tido a trombose venosa profunda, estava a fazer enoxaparina e havia um risco grande de ter hemorragias, que batesse com a cabeça... Portanto, elas estavam... estavam preocupadas. E interpretaram a raiva dele um bocadinho dirigida a isso, a não querer ninguém lá em casa. Pronto, ele não nos comunicou diretamente que não ia querer fazer mais tratamento nenhum. E foi-lhe explicado... e aquilo que eu tive a preocupação de explicar aos dois (à filha e a ele) foi que o tratamento tinha dado resultado, que era um... que era bom o resultado da TAC e que, se calhar, íamos conseguir reduzir ainda mais a massa fazendo radioterapia. Mas ele estava perfeitamente convicto que não, que não queria, que não queria nada disso para ele, que queria morrer. E que não tomava nem mais medicamentos nem comia mais nada. E não deixava que lhe dessem mais nada pela PEG. Porque, entretanto, aquilo que foi necessário... E esse foi um dos momentos anteriores em que também não foi fácil: o ele aceitar que não podia comer pela boca e que ia precisar da PEG para se alimentar. Porque ele não conseguia praticamente abrir a boca, portanto... Para fazer quimioterapia, as pessoas têm que estar minimamente capazes. E foi algo que também fez demorar o início da quimioterapia, porque... Ele chegou-nos aqui em [—], o

diagnóstico fez-se para aí em princípios de [—], ele só aceitou pôr a PEG em [—]. Portanto, ele só começou o tratamento em [—], porque andou a adiar, a adiar, a adiar... Mas, mesmo assim, o tratamento deu resultado! Mas esse foi outro momento em que ele mostrou que queria impor a sua vontade. Portanto, a questão... até ele autorizar que fosse posta a PEG.

**E: E quando ele vos chega aqui com a filha e...**

M: Pronto... falei com ele, falou a enfermeira, chamámos a psicóloga [—], que também falou com ele. Ele tinha falado uma vez com a psicóloga [—], na primeira ou na segunda consulta, porque achámos que o senhor tinha perdido a esposa e que estava também muito... muito triste por isso. No princípio, na altura em que o conhecemos... Mas ele, depois, não quis vir a mais consultas. Uma das filhas aceitou acompanhamento psicológico e vinha falar... A filha veterinária vinha falar com a psicóloga [—]. Não vinha com muita frequência, mas vinha de vez em quando. Não só por causa da questão do pai, mas sobretudo também pela parte da perda da mãe que tinha sido mais ou menos inesperada, uma doença oncológica, mas assim também rapidamente galopante. Portanto, em resumo, não conseguimos nada. O senhor foi para casa e nesse dia...

**E: Mas, diga-me só: nesse primeiro dia ele não interpelou nada nem ninguém...?**

M: Não, não, não. Disse que não queria fazer... não queria comer, não queria beber, não queria fazer tratamentos, que o deixássemos em paz e sossegado. Pronto, tentámos falar com ele... O senhor foi para casa com a filha e, aparentemente, quando chegou a casa foi à cozinha, ou estava na cozinha, pegou numa faca e fez intenção de cortar os pulsos. A filha conseguiu controlá-lo... pronto, e telefonou para aqui assustadíssima. Pronto, e não lhe consegui dar nada de comer e não lhe consegui dar medicação nenhuma. Pronto, nós mandámo-lo vir no dia a seguir. Ele aceitou vir e, mais uma vez, estivemos todas a conversar com ele. E explicámos-lhe que, às vezes, quando estamos tristes e quando estamos desiludidos as pessoas têm esse desejo, mas que há... havia muitas outras coisas, de certeza, que eram importantes para ele. Esta filha veterinária tinha... tinha um filho e era uma das coisas que ele gostava, era o netinho. Mas, nada! Não conseguimos encontrar nada que o fizesse mudar de ideias. E, então, aí ele disse que se queria matar. Porque a filha contou à frente dele o que é que ele tinha feito e ele disse que sim, que se queria matar. E... e... e pediu ajuda para morrer.

**E: À equipa em geral?**

M: Sim, à equipa em geral. E nós achámos... Nós, ingenuamente, achámos que a Psiquiatria podia ajudar. (risos) Pronto... o Professor [—] não estava cá, de maneira que o único psiquiatra assim de recurso mais imediato era o psiquiatra da urgência. Pronto, telefonei-lhe... Ah, entretanto, acho que deve ter sido mais ou menos ao mesmo tempo... Nesse dia telefonei à oncologista, pronto, a validar... Pronto, eu não tinha falado com ela. Tinha visto o resultado da TAC e... e... e a perguntar-lhe qual era a perspetiva. Ela disse-me: não, o senhor vai fazer radioterapia e... (ela não sabia que ele tinha recusado, ainda) o senhor vai fazer radioterapia e, depois, logo vemos... até pode ser que se consiga remover. Pronto, eu expliquei-lhe o que é que tinha acontecido. E ela disse: ah, não me digas, não sei quê, então mas começa-se um antidepressivo ou assim qualquer coisa, porque ele tem que fazer radioterapia! (risos) Ah... entretanto mandei o senhor à

Urgência de Psiquiatria como a colega sugeriu e, depois, telefonei-lhe a perguntar... porque como também ninguém me deu feedback nenhum! E ela disse: não, o senhor, sim... até acredito que esteja deprimido, também com tudo aquilo que lhe aconteceu... é natural que esteja deprimido, está doente, diz-me que não quer fazer medicação, pronto, eu não lhe dei medicação nenhuma... que ele está orientado, está lúcido, ele tem o direito de escolher... se não quer fazer medicação, não faz! Pronto, e eu perguntei-lhe... Então, mas... Eu já tinha falado com ela... eu já tinha falado daquela questão do risco para a própria vida e de ele se suicidar. E ela disse: pois, é um risco que corremos, a família que esteja atenta. E eu expliquei-lhe que o senhor estava sozinho, não é? Tinha a senhora que, entretanto, tinha sido contratada, mas que estava durante o dia, umas horas. E que, realmente, durante a noite, ele continuava sozinho. E ela disse: ah, pois, a família agora tem que estar mais atenta. Foi assim a resposta... e o senhor teve alta! Pronto... telefonei para a colega de Saúde Pública do Centro de Saúde [—], que era o da área, também a expor-lhe a situação, se há alguma forma... perante um risco contra a vida... E o senhor dizia que, se não o ajudassem, tratava ele do assunto. Perante algo... uma declaração tão... tão expressa... se não era possível pedirmos um internamento compulsivo na Psiquiatria. E ela disse: então, mas se a colega da Psiquiatria da Urgência, que é a pessoa que fará o internamento, deu alta ao senhor, se calhar também não vale a pena estar a perder tempo com isto, porque já sabe qual é a resposta. *(risos)* Pronto, então... não havendo meios para resolver a questão, aquilo que... A filha não lhe conseguia dar medicação nenhuma, não lhe conseguia dar de comer nem de beber... Aquilo que sugeri à filha foi aquilo que podíamos fazer sem ele dar muita questão. Uma vez que ele precisava de ajuda para o vestir e para o despir, para colocar mais um adesivo, no sentido de, pelo menos transitoriamente, ele estar mais sonolento. Sabia que não ia ser um efeito imediato, mas pelo menos ele estar mais sonolento e podermos-lhe fazer medicação pela... pela PEG. Pronto, o que aconteceu... ela conseguiu colocar o adesivo sem que ele tivesse propriamente ficado muito mais sonolento. *(risos)* Ficou um bocadinho mais atordoado, mas mantendo capacidade para recusar tudo. Ah... Foram dias complicados, porque muitas vezes... porque, várias vezes por dia, nos ligava, quer uma filha, quer outra, dizendo que não sabiam mais... que não era isso que queriam para o pai, que tinham vindo falar com a Oncologia e que a Oncologia disse que estava tudo a correr bem e que era para fazer tratamento. Mas elas viam o pai naquele desespero... Pronto, inicialmente, era... não fazia sentido nenhum aquilo que o pai estava a pedir. Mas, também... Não sei porquê! No fim de semana seguinte, pelos vistos, mudaram de ideias. Porque, na segunda-feira, telefonaram... a filha veterinária... telefonou a dizer que tinham estado... O pai tinha pedido para se despedir deles no domingo e, portanto, tinham estado todos juntos. Ela e o marido... a filha, o marido e o neto, a almoçar... eles! Porque ele não comeu. Mas que tinha pedido para lá estarem com ele à hora de almoço, porque se queria despedir deles. E que conversaram sobre coisas da vida, do passado, da mãe, e que ele disse o que é que queria fazer das coisas dele, digamos que fez umas partilhas... *(risos)*, e que elas perceberam que ele estava, realmente, determinado em morrer. E, pronto... E que entendiam o sofrimento dele. E que achavam que não tinham o direito de o contrariar. Pronto... mas que, por um lado, não conseguiam fazer nada que lhe fizesse mal a ele e, por outro lado, não queriam que ele estivesse em casa. E nós explicámos que também não lhe poderíamos fazer nada que lhe fizesse mal a ele. A única coisa, como única alternativa... Ah, e entretanto, durante este período, também falámos da questão com o

Professor [—], que também... pronto... disse que também não tinha grande margem... que, se os colegas da Psiquiatria não o quisessem internar, pronto... que ele também não teria... como não estava muito ligado à enfermaria, não teria grande capacidade para internar o senhor, assim. E que, realmente, era verdade... que as orientações que eles tinham eram que, perante alguém que estava lúcido, orientado e considerado competente, que não o poderiam forçar nem... nem fazer nada para o sedar e fazer medicação às escondidas. Nada disso! Pronto... E aquilo que propusemos à filha... Pedimos, nessa segunda-feira, para ela vir aqui conversar connosco e aquilo que lhe propusemos, como única alternativa, era sedar o senhor. Era a única coisa perante uma situação que ninguém tinha conseguido ajudar. Que toda a gente achava que o senhor tinha direito a fazer o que queria... que nós não o poderíamos matar, não é? E... e que, por ele, ele não iria morrer também tão brevemente quanto isso porque, em termos de hidratação, tínhamos um limite de uma semana. Mas que, se ele fosse hidratado, que poderia ter muito mais. Que poderia estar mais um mês sem se alimentar, mesmo que ele recusasse a alimentação. Pronto, e então aquilo que elas acharam como melhor opção foi trazê-lo. Só que não disseram ao pai o que é... o que é que iria ser feito.

#### **E: Mas isso foi depois dessa despedida de domingo?**

M: Foi. Foi na terça-feira. Elas vieram cá na segunda e foi na terça-feira. Na terça-feira, ao fim da tarde, o senhor veio aqui e aquilo que disseram ao pai foi que nós o íamos pôr a dormir. O senhor achou que o ir pôr a dormir, quer dizer... achou... Imagino eu que achou! Porque, se não, ele não teria aceite vir. Porque ele disse que não queria vir ao hospital, só vinha ao hospital para o ajudarmos a partir. Pronto e aquilo que elas lhe disseram... foi aquilo que pelo menos me disseram a mim, que iria ficar a dormir. E o senhor achou que, se calhar, o ficar a dormir iria ser morrer. De qualquer forma, antes de fazer aquilo que fizemos, que foi sedá-lo, explicámos-lhe que aquilo que lhe íamos administrar não o ia matar, que ia adormecê-lo de forma a que ele não sentisse aquilo que se estava a passar à volta dele. E que o continuaríamos a visitar todos os dias, no sentido de ajustar a medicação para se manter esse efeito. Foi muito difícil internar o senhor. Portanto, nessa segunda-feira à tarde, depois de as senhoras terem saído, eu comecei à procura onde é que o senhor poderia ser internado, não é? Porque uma coisa foi eu estar a dizer que o senhor podia ser sedado e elas terem dito que não queriam que a sedação fosse em casa e, por outro lado, encontrar um serviço num hospital, onde eu não tenho camas, que o recebesse. Portanto, o primeiro sítio que procurei foi o serviço de Otorrino, foi o serviço onde ele tinha tido todos os internamentos aqui, onde tinha feito a sua quimioterapia; cuja colega que o acompanhava, por ela, tudo bem, mas teve que expor a situação ao diretor de serviço, que recusou. Portanto ela disse que com o parecer negativo dele também não podia interná-lo. O diretor de serviço disse que não concordava com esse tipo de procedimento e, portanto, não aceitava. Portanto, explicando a situação à equipa de Medicina, a diretora do serviço de Urgência percebeu que nós não tínhamos alternativa e deixou que o senhor ficasse internado num serviço que, neste momento, já não funciona como serviço de Medicina, mas digamos que era o serviço de retaguarda dos casos sociais das Medicinas que estavam todas tipo gueto num espaço no piso [—]. Com um corpo de enfermagem muito jovem, digamos que com uma equipa de enfermeiros que tinham saído do último ano dos cursos. Portanto, era uma equipa muito jovem, por acaso muito unida entre ela e que funcionava muito bem. E muito

sensibilizada para estas questões, porque todos os doentes deles eram potencialmente doentes paliativos, que são as situações que são deixadas no hospital: idosos, demências... Portanto, estava tudo no mesmo serviço. Eram só esses doentes que aquela equipa cuidava. Portanto, o senhor ficou nessa... ficou nesse serviço por especial favor da diretora do Serviço de Urgência, que o internou. Pronto, numa cama da Medicina. Pronto, e ficou ao nosso cuidado, que também é uma coisa que não... não costuma acontecer. Nós não costumamos ter doentes internados sob a nossa responsabilidade.

**E: Ou sob a sua, neste caso...**

M: Pois, sob a minha responsabilidade, exatamente! Pronto... Pronto... E o senhor... fizemos a medicação indutora aqui, ficou a dormir. As filhas acompanharam-no até lá acima. Pronto, sendo que mantinham a mesma decisão. Isso foi, também, novamente questionado. Despediram-se dele, choraram... Pronto, e o senhor ficou lá em cima. E lá em cima também foi muito complexo, porque a equipa sabia que o senhor ia ficar adormecido porque queria morrer e porque, do ponto de vista logístico, não havia outra alternativa. Pronto, e ao mesmo tempo, nesse dia, nessa terça-feira, não, na quarta-feira escrevi uma cartinha... escrevi uma cartinha, não, telefonei... telefonei para a Comissão de Ética primeiro e sugeriram-me escrever uma cartinha e eu expliquei. E depois disseram-me que a reunião era não sei quantos dias depois e eu perguntei se não havia nenhuma forma mais rápida de ter um parecer. Pronto, a minha questão era relativamente àquilo que nos era permitido fazer... Não era em relação... Por um lado era em relação à sedação, embora eu não tivesse outra alternativa. Para mim, não era uma sedação paliativa, porque aquele senhor não estava em situação de últimos dias. Era uma sedação no sentido de obter tempo e um parecer da Comissão de Ética para decidir o que é que era justo e correto de ser feito perante uma situação em que as outras... tudo aquilo que tinha sido tentado não tinha resultado e as outras especialidades nos diziam que, apesar de reconhecerem que o senhor estava deprimido, que não era lícito forçá-lo a tomar medicação antidepressiva. E fazia-me, isso... entrava muito em conflito comigo porque, noutras circunstâncias, quando nós vemos alguém deprimido, que faz uma tentativa de suicídio e, para todos os efeitos, aquilo que o senhor tentou fazer foi atentar contra a sua própria saúde e tentar, de uma forma concreta, fazer algo de mal a ele próprio... Simplesmente não conseguiu e, a partir daí, também ficou com mais monitorização e mais vigilância. Se, noutras circunstâncias, os psiquiatras internam e os psiquiatras iniciam terapêutica antidepressiva, porque é que, nesta circunstância, a atitude era deixar as coisas acontecerem, o que tiver que acontecer?! Isso, para mim, não fazia sentido, não é? Estamos a ter... são pessoas na mesma... Tinha dúvidas a esse... a esse respeito. Pronto, e aquilo que aconteceu foi que, ao fim de quatro ou cinco dias... Foi na semana seguinte, para aí na segunda-feira, foi-me permitido falar com o presidente da Comissão de Ética, informalmente, ao mesmo tempo que já tinha seguido o documento para, depois, o grupo decidir. Pronto, e aquilo que o Professor me disse... contei-lhe a história... e o Professor disse que percebia o senhor, percebia perfeitamente, que era perfeitamente natural que alguém que tinha perdido tudo (tinha perdido a esposa, tinha perdido o trabalho, tinha a sua terceira neoplasia, alimentava-se por uma PEG), que era natural que essa pessoa não quisesse viver mais. Pronto, e que era perfeitamente natural que tivesse deprimido e que, se queria mesmo deixar-se morrer, que nós não tínhamos direito de o contrariar. Pronto... E aquilo que eu perguntei foi: não é uma questão de nós o contrariarmos, por um lado... E

ele disse: ah, claro, não pode é fazer nada para isso! E eu disse: não é uma questão de não fazer nada para isso, o fato de o senhor estar sedado... e... nós precisamos de ter medidas concretas em relação a... hidratamo-lo, não hidratamo-lo, alimentamo-lo, não o alimentamos... E ele disse: o que é que o senhor queria para ele? E eu disse: não queria nada, não queria água nem alimentos. E ele disse: então, pronto, não faça nada! Depois é a questão prática do lidar com isto. Ah... O senhor estava sedado, mas fez uma retenção urinária. Portanto teve que ser algaliado, no sentido de estar mais confortável. Como não bebia, do ponto de vista urinário, começou a urinar menos, começou a ter sedimento, fez uma infeção urinária... E, do ponto de vista prático, tínhamos indicação que não íamos fazer antibiótico, não é? Porque não lhe podíamos fazer medicação nenhuma, porque ele não queria!

**E: Isto já segundo a orientação verbal da Comissão de Ética?!**

M: Verbal, exatamente! Que depois, no fundo, tudo aquilo que o Professor me disse... Foi ele que redigiu a carta de resposta do parecer da Comissão de Ética, portanto, foi tudo igual. Portanto foi exatamente *ipsis verbis* aquilo que ele me tinha dito. Pronto, portanto... Durante treze dias, o senhor esteve internado treze dias. Pronto... Sem hidratação, sem alimentação, tal como ele tinha pedido. Nos últimos dias, com necessidade de associação. Portanto, tinha ficado com midazolam, com necessidade de associação. Na altura o que usámos, para não canalizar veias, foi fenobarbital, foi um barbitúrico. Ah... Ao fim de alguns dias a fazer uma benzodiazepina começa a haver tolerância e, portanto, tivemos que mudar de medicação, por isso. Porque ele começou a ter períodos em que não falava, mas que abria os olhos. Não propriamente mostrando nenhum sinal externo, mas abria espontaneamente os olhos. E a equipa começou a ficar muito preocupada e muito aflita e as filhas também. Portanto, tivemos que mudar a medicação, por isso. Mas, claramente, do ponto de vista físico, com uma degradação que era o que mais incomodava a nós, e a mim profundamente me incomodou. Degradação física, não é? Porque começavam a acumular-se secreções, não é? Por mais medicação que nós juntássemos para reduzir as secreções, acumulavam-se secreções. O senhor fez a tal infeção urinária, a urina acumulada, e aquele sedimento dava um cheiro desagradável... que não é fácil de gerir sem antibiótico. A pessoa começa a ter um aspeto de definir-se, de alguma forma, perturbava muito a equipa do serviço, aquilo que estava a ser feito, sobretudo porque não tinham o parecer. Eu transcrevi a conversa que tinha tido oralmente no diário clínico, mas não tinha o papel, pronto. E o papel chegou dois dias depois de o senhor falecer. Pronto... Entretanto, nós percebemos que o senhor, do ponto de vista de estado geral, ia falecer a breve prazo e falámos disso com as filhas. Pronto, dois dias antes de o senhor falecer falámos com as filhas, porque percebemos que as coisas... havia sinais de má perfusão, tinha muito más secreções... E elas disseram que, por elas, seria... seria um alívio, porque finalmente se cumpria a vontade do pai e porque não aguentavam mais aquele sofrimento. Pronto, parecia tudo estar muito calmo e sereno nesse aspeto. Pronto, no dia em que o senhor faleceu, e o senhor faleceu ao final da tarde, as filhas tinham estado na visita, mas já se tinham ido embora. Portanto, eu telefonei à filha veterinária a dizer que o pai tinha falecido. Pronto, e ela telefonicamente agradeceu e disse que, naquele momento, não conseguia passar, mas que passaria mais tarde. Portanto, pedi no serviço para o senhor... não se chamar logo a casa mortuária, porque as filhas viriam despedir-se dele. Pronto, vieram tipo às nove e meia ou um quarto para as dez e foi-lhes permitido estar

com o pai. Pronto... Eu já não estava presente e aquilo que foi transmitido pela equipa de enfermagem é que foi muito difícil, porque qualquer uma das duas tiveram uma reação brutal, de tristeza, porque é que tinha acontecido, porque é que tinha morrido já... Pronto, tudo contrário àquilo que elas aparentemente mostravam, não é? Pronto... De maneira que ainda foi mais perturbador para a equipa do serviço! (*risos*) Depois disso, elas voltaram aqui duas ou três vezes. A filha veterinária continuou a ser acompanhada durante algum tempo pela psicóloga [—], a outra filha também... também teve um período de acompanhamento, mas não foi fácil para elas. E, para nós, também não foi fácil porque, de alguma forma, aquilo que eu sinto é um bocadinho hipocrisia, não é? Daquilo que é... que é... a boa prática médica, não é? Porque aquilo que é considerado a boa prática médica... O Professor achou que, sim senhora, que fizemos bem em ter o senhor sedado, se ele não se queria aperceber, mas depois toda a degradação que acompanha esse processo é extraordinariamente dolorosa de assistir... não é?!

**E: Mas é sempre? Ou... ou... ou depende?**

M: Há coisas... há coisas que não se conseguem evitar, não é? Este tipo de medicação... é natural que o senhor tenha uma retenção urinária. E, portanto, é natural que precise de ser algiado. Estando algiado e, sobretudo em contexto hospitalar, já se sabe que os doentes se vão infetar, não é? Que se vão infetar, quer da parte urinária, quer da parte respiratória, como aconteceu. Pronto... Ver... ver o senhor fazer medicação para baixar a temperatura e a temperatura não baixar tanto quanto o desejável, não é? Mesmo com arrefecimento externo. É um processo de degradação desagradável de ver. Ou seja, tudo aquilo que pareceria tudo em paz e serenidade, não é obrigatoriamente assim!

**E: Não é necessariamente verdade. E isso também foi promovido, essa degradação, pelo fato de não ser possível nem hidratar... Tudo isso acho potenciou... não é?**

M: Sim, claro que sim.

**E: E o segundo caso que a Doutora me disse ter recebido, qual é?**

M: Pronto, o segundo caso é diferente. O segundo caso foi um doente que conhecemos durante o internamento, portanto, não era nosso doente da consulta. O segundo caso de há duas semanas atrás era um senhor um bocadinho mais jovem, bancário, reformado, nos [—] [> 70] anos. Com um tumor renal... com um tumor renal que tinha estado a fazer tratamento. O tratamento... Portanto, tinha sido operado, a neoplasia teria [—] [> 1] ano de evolução. Tinha sido operado e tinha havido uma recidiva no local da cirurgia. Os tratamentos das neoplasias do rim, hoje em dia, são tratamentos por via oral. São comprimidos, portanto, não é a quimioterapia injetável clássica. Mas o tratamento que foi proposto ao senhor não foi bem tolerado, fez descer muito as plaquetas e os glóbulos brancos. E, portanto, ele nunca conseguiu cumprir o tratamento certinho, porque tinha que ser interrompido durante um período maior que o habitual, que o intervalo entre as várias tomas, porque a parte medular não o permitia... não recuperava tão rapidamente quanto o desejável. E o senhor é aqui internado pela sua médica assistente, a partir da consulta de Oncologia, diretamente para um Serviço de Medicina, porque estava nauseado, a vomitar e não conseguia tomar nem a medicação para as dores nem os próprios medicamentos para os vômitos tinham efeito, porque ele tomava e vomitava imediatamente a seguir. Para além disso tinha, de novo, e que não era conhecido, líquido

ascítico na barriga. Este senhor era casado e tinha dois filhos. O filho mais velho, casado e com filhos, e um filho mais novo, casado mas com um percurso prévio complexo do ponto de vista de hábitos... toxicofilia e, portanto, sempre foi o filho mais... mais problemático. O senhor morava do lado de lá, na [—], acho eu. E, nas últimas semanas... Portanto, esta questão das náuseas e dos vômitos arrastava-se há duas ou três semanas sem que tivesse havido, propriamente, uma resolução. Apesar de ele vomitar os comprimidos que lhe davam, também não procurou ativamente a sua médica e, portanto, veio à consulta no dia em que tinha consulta marcada. Não foi uma consulta de urgência. Segundo ele nos transmitiu, e a família também, não estariam tão cientes da gravidade da situação e achavam que os comprimidos de quimioterapia iam resolver o problema da recidiva local. Pronto, e na altura em que o senhor ficou internado, também... apesar de haver ascite, a colega internou-o para controlar os sintomas e não explicou que o haver ascite indicava que já havia mais alguma coisa para além da recidiva local. E, portanto, não disse isto ao senhor nem disse isto à família. E o senhor vai parar a um Serviço de Medicina completamente anti-paliativo. Digamos que é mesmo, realmente, o Serviço de Medicina onde nós só entramos com autorização expressa e com muito medo de sermos atacados a qualquer momento. (*risos*) Portanto... É realmente o Serviço de Medicina mais complexo que temos aqui. De forma que eles demoraram um mês... um mês de internamento para nos chamarem! Pronto... Ao fim de um mês, o senhor continuava com náuseas e com vômitos, tal e qual como tinha entrado, com muito mais ascite, com falta de ar, com edemas, e tendo tomado a resolução que não queria nem comer nem beber nem tomar os medicamentos.

**E: Por isso é que vocês foram chamados.**

M: Exatamente! (*risos*) Pronto... E, sobretudo, porque queriam referenciar o senhor para uma Unidade de Cuidados Paliativos. Como nós podemos referenciar de uma forma mais direta, porque funciona como transferência e não propriamente como uma nova candidatura à Rede, a equipa de gestão de altas agora, sempre que vê uma situação de Cuidados Paliativos, chuta para nós, para nós fazermos a referenciação. Sejam nossos doentes, ou não. É tudo para nós! Pronto, então foi nessa perspetiva! O senhor estava ali há um mês, precisavam da cama, aquilo não ia... não ia dar nada. O senhor estava todo minado, foi assim que me disseram! O senhor está todo minado! Pronto, e também lhe disseram a ele, que ele estava todo minado! Pronto... Então, o senhor que eu encontrei... Foi numa sexta-feira à tarde, lembro-me perfeitamente! Ao final da tarde, para aí às cinco... às seis horas, que foi quando eu lá consegui chegar acima. Já me tinham explicado que era muito complicado, o senhor era muito complicado, a esposa era muito complicada... E para vermos o que é que podíamos fazer, porque... Pronto, ele aqui no hospital não estava a fazer nada e se o conseguíamos... pôr-lhe aquelas coisas que nós pomos debaixo da pele, aqueles soros debaixo da pele, se ele podia ir para casa e ficava referenciado pela Unidade de Cuidados Paliativos. Pronto, o senhor que eu encontrei: muito revoltado, muito rude na primeira... na primeira abordagem. Estava com a esposa. O filho, aparentemente, também estaria presente pelo hospital, mas tinha... tinha ido cá abaixo ao café. E, portanto, a conversa foi tida com ele e com a esposa. Pronto, a esposa ia complementando aquilo que ele ia contando, mas ele fazia questão de ser ele a contar a história. Portanto, dizia como é que... como é que nós queríamos que ele se sentisse quando estava aqui há um mês e ninguém fazia nada por ele. Pronto, e depois, eu pedi-lhe

para explicar o que é que era ninguém fazia nada por ele. E ele contou-me que já estava há três ou quatro semanas a vomitar e continuo exatamente a vomitar, não consigo tomar nada, tudo aquilo que entra, sai, tenho falta de ar, tenho dores... E não diz aos meus colegas? Digo! E serve de quê? Não me fazem nada! Pronto e... Tristemente, o senhor tinha alguma razão, não é? Porque, apesar de ele vomitar, grande parte da medicação estava por via oral e o senhor tinha começado a recusar isso mesmo, porque ele tomava e via sair a seguir, para que é que ele estava a tomar? O senhor tinha razão! Era um homem... era um bancário, uma pessoa razoavelmente diferenciada. Depois contou-nos que era... que fazia parte dos Bombeiros Voluntários da [—], da direção dos Bombeiros Voluntários da [—]. Que, realmente, tinham-lhe falado – sim senhora! – das Unidades de Cuidados Paliativos e sabia que havia uma Unidade em [—], porque tinha estado na inauguração, porque os Bombeiros da [—] tinham sido convidados para a inauguração. E, que se o queriam mandar para lá, podiam mandar à vontade, que ele não queria saber, estava por tudo, queria morrer.

**E: Mas não pediu ajuda a ninguém?**

M: Pronto, isso foi a primeira... isso foi a primeira abordagem. Pronto, nesse dia ainda tive que trabalhar, porque... (*risos*) O senhor tinha uma ascite brutal, estava com falta de ar. Ascite é aquele... o líquido dentro da barriga, aquilo que se chama, popularmente, barrigas de água. (*risos*) Sim, digamos que o senhor parecia que estava grávido de gémeos.

**E: Mas há tanto tempo?**

M: Sim, desde o início que estava assim, ou... estava pior! Porque... Entretanto, como tinham feito soros, o senhor tinha muito mais líquido. Pronto... E perguntaram... A esposa perguntou, porque é assim: veem... veem outros doentes. Na cama em frente ao senhor, pelos vistos, na semana anterior tinha estado um doente com uma drenagem... a fazer drenagem do mesmo líquido. E a senhora perguntava: porque é que não fazem ao meu marido a mesma coisa que fizeram àquele senhor? Deixavam o líquido sair! Ah, não... porque, se tiramos, volta a crescer mais. E, portanto, foi essa a justificação que deram, que o chefe disse que tirar não valia a pena, porque o líquido se refazia. Portanto, não se tirava, deixava-se estar! E a pessoa vai inchando, inchando, inchando... empurrando o diafragma e não conseguindo respirar. Pronto... De forma... Aquilo que fiz, e sobretudo porque o senhor disse que tinha dores, estava desconfortável, a dor era o esticar da barriga, o esticar da pele, que não conseguia respirar... Pronto... Telefonei a quem estava de urgência interna, a perguntar se podia fazer a paracentese, disseram-me que eu fizesse o que quisesse, portanto... (*risos*) Pronto, foi isso que eu fiz e expliquei ao senhor... Perguntei-lhe se ele queria fazer, uma vez que ele tinha recusado a medicação toda e que não queria fazer coisas. Eu expliquei-lhe... expliquei-lhe... Ele perguntou o que é que se passava com ele. E ele disse, assim: não vou perguntar o que é que se passa comigo, já me disseram que eu estou todo minado! Mas, dizer, dizer, mais pormenorizadamente, o que é que dizia a TAC, pronto... E eu expliquei-lhe que a TAC mostrava que havia um glângliozinhos no mediastino, que havia uns pequenos nódulos pulmonares, que havia também uns pequenos nódulos no fígado e que havia o líquido e que o peritонеu – que era a membrana que produzia o líquido – estava espessada e, provavelmente, também estava doente. Bom, mas... tinha sido explicado como estando todo minado, não é?

Pronto e expliquei ao senhor que o líquido, provavelmente, se iria refazer, mas que também iríamos ajustar a medicação injetável e não por via oral para ajudar a não refazer tão rapidamente e que, mesmo que se refizesse, era sempre possível deixar um sistema de drenagem contínuo para ele não estar sempre a ser picado se, realmente, se percebesse que as picadelas iam ser mais do que uma vez por semana. Pronto, e o senhor aceitou fazer a paracentese. Ah... Não se drenou muito, muito... deu, para aí, 2 litros e meio... E o senhor, no final, disse que estava na mesma! Apesar de tudo, 2 litros e meio são 2 litros e meio! Eu percebi que, pronto... se calhar, não tinha havido grande alívio, não era? Ele também tinha envolvimento pulmonar... Pronto, e... despedimo-nos do senhor, dissemos onde é que trabalhávamos também em relação à... à... esposa e dissemos que voltávamos na segunda-feira para ver como é que ele... como é que ele estava. Pronto, explicámos que ficava medicação de SOS, se ele quisesse fazer..., pedia aos senhores enfermeiros... para as dores, para as náuseas, para os vômitos... Podia pedir, que ficava medicação. Ele disse que não precisava de nada, que depois, na segunda-feira, conversávamos. Pronto e, na segunda-feira de manhã, e já com a equipa do serviço, o senhor disse que estava melhor, que tinha ajudado, que estava menos inchado, as pernas tinham desinchado, e se não podíamos tirar líquido outra vez. E, depois, eu: então, o senhor disse que não tinha aliviado. E ele: ah, mas não, aliviou, ajudou, passei o fim de semana melhor. Mas continuando a recusar a medicação oral. Só aceitava medicação para as dores, e só quando tinha dores, e medicação para dormir. Pronto... era a única coisa que ele aceitava tomar. A medicação para dormir era sublingual, portanto... era absorvida, a medicação para as dores era Paracetamol, porque o serviço também não tinha feito mais nada, apesar de eu lá ter deixado o SOS de morfina. Pronto, mas o senhor dizia que com o Paracetamol ficava melhor, de maneira que os senhores enfermeiros usavam o Paracetamol. Pronto... Em relação à alimentação, não conseguimos que ele aceitasse comer nada e era esse o grande problema para a família, era ele não comer.

**E: Ele bebia, não?**

M: Bebia água... Bebia água e depois aceitou beber chá, mas chá sem açúcar. Se o chá tivesse açúcar, ia para trás. Só chá, porque tinha muita sede, tinha a boca muito... muito seca. Isso, água, ele bebia.

**E: Mas não comia.**

M: Mas não comia! A esposa, desesperada, trazia-lhe tudo e mais alguma coisa, sopinhas de tudo, iogurtes, gelatinas, gelados! Nada, ia tudo para trás, igual, porque ele não queria comer. E era esse o desespero... o desespero da família. E, depois, a que se juntou a revolta e a agressividade do filho mais novo.

**E: O problemático.**

M: O problemático, claro! É sempre nestas alturas que eles aparecem. Pronto... Porque acusou a equipa do serviço, por um lado, de não fazer nada, não é? De o senhor estar ali há um mês e estar naquele estado. Muito pior do que tinha chegado, porque, quando o senhor chegou, vinha pelo seu pezinho... E, naquele momento, e durante todo o internamento, o senhor nunca se levantou! O senhor esteve sempre acamado! Nunca se levantou, nem para ir à casa de banho, no princípio! Nunca!



**E: Mas por vontade própria, ou por...?**

M: Por vontade própria imagino que não, não é? Naquele momento em que o vimos, realmente, depois de tanto tempo, acredito que ele não tivesse qualquer capacidade e estava super cansado para o conseguir fazer. Mas, pronto, isto não acontece... Portanto ficou, literalmente, acamado! Pronto, e sem nenhuma tentativa sequer de reabilitação, não é? Porque, às vezes, os doentes perdem capacidade funcional e chama-se a Fisioterapia para isso, não é? Para retomar, para voltar a fazer levantar, para voltar a fazer treino de marcha!

**E: Um mês é muito!**

M: Pois...!

**E: Portanto, o filho começou a acusar a equipa...**

M: E a esposa também, não é? E a questão da alimentação: porque é que não o alimentavam... Mesmo explicando o senhor que não queria e que recusava, eles continuavam a imputar à equipa do serviço, aos enfermeiros e aos médicos, o senhor não comer. Pronto, que tinha que ser alimentado, porque era assim que ele ia morrer. Se o queríamos matar à fome... Pronto... Dizendo o senhor que queria morrer! Pronto, que ele queria morrer e, portanto, já estava tudo decidido. Ele estava todo minado, não havia nada a fazer, para ele aquilo não fazia sentido nenhum. Queria morrer! Ah... E, depois, diretamente, não nessa segunda-feira, mas na quarta-feira... Portanto, na segunda-feira achei que era arriscado fazer paracentese sem marcação, porque ele tinha muitas massas palpáveis. Portanto, aquilo que lhe propus foi ser feita a drenagem, sim, mas marcada por ecografia. O radiologista marcar o sítio onde havia mais líquido para, com mais segurança, não ser a olho nu e podermos correr o risco de picar num sítio onde não havia líquido ou picar num sítio onde havia tecido maligno e, depois, haver maior disseminação ou depois não cicatrizar. Portanto, fazer com mais segurança. Ele aceitou, disse que, sim senhora, o que eu quisesse, se achava que era melhor com ecografia, que ele ia lá abaixo fazer a ecografia. Pronto, e ficou marcado. Vim falar com o radiologista. A minha ideia até era deixar o tal cateter para ele não estar sempre a ser picado. O radiologista disse: sim, do ponto de vista teórico, isso é possível, mas depois disso infeta tudo, depois é chato o senhor ter uma infeção por isso. E eu disse: oiça, neste momento, o problema não é a infeção, porque o senhor não é isso que... não é o futuro que o preocupa. Pronto, se calhar ele ficava mais... Ah... Mas não, não há problema nenhum, ele vem aqui, fazemos aqui, drena-se aqui tudo. E fez. Portanto, ele fez na quarta-feira. Fez a drenagem lá no serviço com um cateter, que depois tirou no final, mas tirou a maior quantidade de líquido que conseguiu, visível... Pronto, e o senhor ficou bastante aliviado. Pronto, mas apesar disso, do ponto de vista de humor e, apesar de a psicóloga [—] também ter conversado com ele, de o senhor padre [—] também o ter... O senhor padre [—] foi a primeira pessoa que nos falou deste senhor. Antes de a equipa do serviço nos ter referenciado, o padre [—]... Tatiana, ainda não comentámos consigo... Desde [—] passámos a ter, assim como uma visita mais presente na reunião de equipa, às sextas-feiras, o padre [—], que foi a pessoa que o padre [—] identificou como, dentro dos capelães, aquele que estaria mais... mais disponível para colaborar connosco. Pronto, então... O padre [—], na semana antes de nós conhecermos o senhor [—], já nos tinha falado de um senhor. A perguntar se nós não o conhecíamos, se não nos tinham chamado, porque via o senhor em grande sofrimento.

Nessa altura, dizia ele, porque o senhor estava ali e ninguém lhe dizia o que é que se passava com ele. Portanto, ainda não lhe tinham dado a notícia... A família sabia, mas ainda não lhe tinham dado a notícia que ele estava todo minado. E o senhor estava muito inquieto e muito desagradoado, porque estava ali, continuava a vomitar e não percebia o que é que se passava com ele. Pronto, e esta situação também é muito triste, porque, na realidade, este senhor... Nós encontrámo-lo numa fase em que, se calhar, a abordagem anterior podia ter modificado muito o curso das circunstâncias... E num doente que também, na prática, também não esgotou todas as suas possibilidades de tratamento, porque havia aquela primeira linha, mas haveria uma segunda linha, não é? Mas ninguém... E, depois, quando a Oncologia foi chamada ao internamento, disse: claro que não, o senhor, neste estado, não lhe podemos fazer nada! Pronto, mas não era preciso o senhor estar naquele estado, nem chegar àquele estado. É que a questão... a questão é essa! Ah... Conversei com o senhor sozinha, conversei com o senhor com a esposa, na quarta-feira, na quinta-feira... A psicóloga [—] também conversou, o senhor padre [—] também... E o senhor não mudou a sua atitude de recusa. Aquilo que mais me perturbou nesta... nesta situação... O senhor, numa dessas conversas, e à frente da esposa, perguntou se não... diretamente, se eu não o podia ajudar a morrer mais depressa, que isto não era nada para ele. Ah... E eu expliquei-lhe que não, que podíamos ajudá-lo a estar mais tranquilo, mais sereno, mais adormecido, coisa que ele disse que também não queria, porque se o adormecêssemos, corria o risco de lhe darem coisas para ele estar mais tempo vivo. E não queria correr esse risco. E, portanto... muito cansado, e já com muita dificuldade em falar... Lembro-me perfeitamente que ele disse que não, que para ele não era preciso sedação. Se ele sentisse que queria dormir mais, depois pedia aos senhores enfermeiros. Mas que, assim à partida, não. Mas, aquilo que me perturbou mais nesta situação é que, apesar de tudo, sempre que eu propus fazer alguma coisa ao senhor, no sentido interventivo, ele aceitou. E percebia-se que havia uma zanga, não é? Que não era uma decisão de pedido de ajuda, de morrer em paz e tranquilo, nem numa circunstância em que, realmente, tudo estava tratado e tudo estava sereno.

**E: Ao contrário. Foi o resultado de uma... de um falhanço clínico.**

M: Pronto... exatamente! E, se calhar, de outras coisas... É assim, eu não acompanhei desde o princípio, não é? Mas, à partida, analisando de fora, não é? Parecia. E, para além disso... do estar todo minado, outro aspeto muito... muito... que muito marcou o senhor e que quer ele e a esposa contaram várias vezes foi, também, um comentário de uma auxiliar que, já estando ele assim muito debilitado, disse: um senhor, um homem de [—] [> 50] anos, tão válido, porque é que não vai tomar banho à casa de banho? (silêncio) Pronto, não é? Ele que nunca se levantou, não é? Que nunca o levantaram! Pronto, e estas coisas marcam as pessoas, não é? Pronto, depois... Perante isto, pedimos para... Ah... Por esses dias, o filho teve uma atitude de agressividade lá no serviço, para com a equipa do serviço. Os enfermeiros estavam na passagem de turno e o serviço tem um vidro que faz... A transição para o corredor é por meio do vidro. Há uma porta e há um vidro grande a toda a altura. Pronto, não partiu... mas ia partindo, porque ele bateu com murros, assim do nada... Do nada, ou por outro... A mãe disse que tinham chamado, tinham tocado e que ninguém tinha atendido, não é? Durante a passagem de turno, os enfermeiros, habitualmente, não atendem! Quem vai são as auxiliares. E, por algum motivo, a auxiliar não foi tão rapidamente quanto... quanto eles acharam que devia ir. E o senhor dirigiu-se

à janela da enfermagem e ia partindo aquilo. Pronto... E, portanto, pedimos para ele vir aqui. Ele, o filho, a mãe... E conversámos todos. Pronto, no fundo, para fazer um ponto da situação e, também, para... A [—] – a psicóloga – começou a acompanhar o senhor e propôs também... Porque, na altura, não tínhamos mais ninguém... Não tínhamos assim outra pessoa com alguma capacidade para gerir esta questão, assim, mais delicada. Portanto, acabou por ser a psicóloga [—] a acompanhar os dois. O senhor, o filho, muito revoltado com a situação do pai, com muita culpa, não é?, por muitas coisas que não tinham corrido bem na relação entre eles. Pronto... E o pai também muito revoltado por tudo aquilo que percebia que tinha deixado de conseguir fazer, não é? E também muito preocupado com o futuro da esposa, dos filhos...

**E: Como é que a situação terminou no caso desse doente?**

M: Pronto... O senhor faleceu num fim de semana. Eu não estava cá. Daquilo que perguntei, aparentemente sereno. Não sei é como é que reagiu a família.

**E: Nunca mais apareceram?**

M: Não, nunca mais apareceram. Aqui, pelo menos, em baixo... não. Faleceu, também, de um processo natural de perda de capacidades, não propriamente por... por não ter comido, não é? Mas o que é verdade, e mais uma vez, e isso é um aspeto importante: apesar de as pessoas não falecerem por não comerem, do ponto de vista físico, começam... o processo tem uma aceleração rápida. E, realmente, percebo perfeitamente que as famílias pensem que a pessoa faleceu por não ter comido. Como o senhor bebia, e bebia e conseguia beber sem se engasgar sequer, apesar de muito cansado, ele bebia muito bem. E estava inchado. O serviço optou, durante um período, por não lhe pôr soro. E a família viu isso, mais uma vez, como algo a ajudar o senhor morrer mais depressa. Pronto, tentámos explicar qual era o objetivo e tinha que haver alguma equilíbrio, também não dar líquido a mais, porque senão ia-se refazer a ascite mais e as pernas iam inchar mais. Mas eles ficaram com aquela noção que... só sossegaram quando viram o soro. Pronto, e explicámos... O que acabámos por fazer foi não pôr tanto soro quanto antes, não é? Pôr uma quantidade mínima.

**E: Gerir psicologicamente a situação.**

M: Pois, exatamente!

**E: E, para além destes dois casos, tem mais algum que se recorde de ter recebido de uma forma explícita? Por parte de algum doente... algum pedido de ajuda médica para morrer?**

M: Pontualmente, há... há pessoas que o verbalizam. Algumas, numa situação em que os sintomas não estão controlados, pronto. E esses pedidos, habitualmente, uma vez controlados os sintomas... E aquilo que mais me entristece é que não são coisas difíceis, não é? Se forem situações muito, muito, muito complexas, até se entendia que a pessoa pudesse chegar a esse extremo. Mas não, são coisas simples. Ainda, antontem... Não, foi ontem... sexta-feira...! Um doente, que fomos repescar à consulta de grupo de cabeça e pescoço. Portanto, há... Esta nossa interação com a Otorrino tem alguma coisa de benéfico. É... Desde o ano passado, não... Desde [—] deste ano, participamos na consulta multidisciplinar de tumores de cabeça e pescoço. De alguma forma, porque as situações

são realmente complexas e porque temos uma boa interação, sobretudo, com a Otorrino, com os colegas médicos da Otorrino, e também não temos uma má relação com a colega que faz a Oncologia da cabeça e pescoço. Pronto, de forma que estamos presentes na reunião. E uma das situações que foi discutida na semana anterior foi um doente a quem a colega comentava que já tinha pedido Consulta da Dor há [—] [> 1] mês e que a Consulta da Dor ainda não tinha marcado consulta para o senhor. Se era possível, o que é que se passava! E eu disse: então, se o senhor não tem consulta, eu vejo-o! Pronto, e vi-o na sexta-feira passada. E o senhor dizia isso... É um doente cujo diagnóstico é atual, é agora, ainda não começou tratamento nenhum, com uma dor intensa de um dos lados da cara e que atinge toda a cara. É uma neoplasia do esófago, mas que... já com invasão da parótida, com... com invasão das estruturas nervosas e com uma dor intensa, como é típica destes tumores de cabeça e pescoço. Que, em termos de medicação, tinha as coisas que a Otorrino está habituada a prescrever, as coisas mais simples. Mas um senhor que, também, tem uma má relação familiar, quer com os filhos quer com a esposa. E, portanto, tem estado muito perdido nisto... Há um dos filhos e uma das noras que perceberam que ele não estava bem, que o acompanharam aqui às consultas, que foram informados que, provavelmente, seria uma situação oncológica e grave. E, portanto, de alguma forma, se aproximaram e o têm ajudado o melhor que podem. Pronto, mas o senhor dizia que mais valia a morte... Ele não pedia a morte, de forma nenhuma. E o senhor quer-se curar e quer ser operado. Portanto, o pedido dele é para ser operado. Mas dizia: mais valia a morte do que ter estas dores o dia inteiro. E que estava cansado... Há três meses... Esta história de dor começou em [—]. Há três meses que caminha para o hospital, para as urgências, por causa da dor. E, realmente, as pessoas começam a estar cansadas de passar o dia inteiro com dor e não verem resolução.

**E: É uma falta de resposta do sistema... Mas, aquilo que eu lhe queria perguntar era se, dentro destes pedidos mais explícitos, aquele que teve foram os dois anteriores.**

M: Pedidos mais explícitos, fora de um contexto de exaustão de todos os meios, não. Os outros pedidos... Habitualmente há um fator que se consegue modificar, ou em quem a intervenção da equipa consegue minimizar o sofrimento e, aquilo que é um pedido explícito, deixa de o ser. Estas foram digamos que as duas situações paradigmáticas, em que se tentando fazer coisas em âmbitos diferentes, a pessoa mantém a sua decisão inabalável de que quer morrer.

**E: E, em ambos os casos, pensa que lhe estava a ser dirigido um pedido de eutanásia ou de assistência ao suicídio? Pelo que eu percebi, seria de eutanásia, porque a pessoa pedia é que a Doutora lhe pusesse fim à vida.**

M: Sim, de eutanásia. Sim... (*silêncio*) Às vezes, as pessoas falam de... Os doentes não fazem essa diferenciação para eles. Os doentes não... não pensam nessa perspetiva. E, nalguns doentes com quem tenho conversado acerca desses temas, sentem-se... Há pessoas que não fazem um pedido explícito, mas gostam de falar sobre... sobre o tema. As pessoas, quando confrontadas com a hipótese de serem elas a tomar alguma coisa para interromper a sua vida, para morrerem, têm renitência em fazê-lo. É... É interessante.

**E: Mas a convocar um terceiro elemento já não têm.**

M: Não...

**E:** E em relação a estes pedidos que me descreveu... Já me disse que, sobretudo, o segundo caso marcou-a pelo fato de não se terem esgotado todas as possibilidades que, eventualmente, poderiam ter anulado, se fossem tomadas à partida, em relação ao doente. Mas queria-lhe perguntar se... Tanto num caso, como no outro, como é que interpretou esses pedidos? Ou seja, que significado é que lhes atribui. E se, de alguma forma, e penso que sobretudo na primeira, isso lhe colocou desafios aos valores que acompanham a sua prática clínica. Ou, pelo menos, convocaram a necessidade de justificar aquilo que estava a ser tomado como opção. E, portanto, gostava que me falasse um bocadinho sobre: que significado é que eles tiveram para si, que importância é que lhes atribuiu e que desafios é que eles lhe colocaram.

**M:** Eu sou defensora da eutanásia. Portanto, em primeiro lugar, são sempre situações que me dizem muito, porque percebo perfeitamente aquilo que as pessoas, no limite, me pedem. Percebo perfeitamente! Não é... não sendo permitido praticar a eutanásia no nosso contexto, o desafio é sempre: dentro daquilo que eu posso fazer, tentar minimizar o sofrimento daquela pessoa. Aquilo que me perturba mais, quer num caso, quer noutro, é sentir que as pessoas tomam essa decisão de uma forma um bocadinho zangadas. E... A forma como vejo a eutanásia, e a minha identificação pessoal, é que é um gesto que faz sentido quando a pessoa realmente deixou de ter qualquer sentido. Mas em que isso não mexe com ela própria, não a deixa revoltada nem zangada com o mundo e com os outros. E, nas circunstâncias que acompanhei, não era essa... não era essa a situação. E, portanto, vejo-me confrontada com circunstâncias em que percebo que as pessoas querem pôr fim à sua vida, e que eu percebo esse conceito perfeitamente, mas fico com a sensação que ficou sempre alguma coisa por fazer. E, portanto, é esse... é esse... é esse o meu desafio. É, perante todas essas circunstâncias com que possa vir a ser colocada, excluir exaustivamente tudo aquilo que possa ser feito no sentido de modificar a decisão da pessoa, sobretudo quando algo em mim me faz sentir que aquela decisão não é uma decisão em paz. Sendo eu defensora da eutanásia.

**E:** E essa... Gostava que pensasse tanto num pedido como no outro e que me dissesse qual é que considera, para si, ter sido o mais significativo, ou mais difícil, ou o mais... aquele sobre o qual se debruçou...

**M:** Sobre o primeiro... sobre o primeiro! Porque é um bocadinho angustiante perceber que, no limite, aquilo que nós podemos oferecer como conforto a alguém é... Para nós, profissionais... E estou a falar por mim, mas estou a falar também um bocadinho daquilo que senti do resto da equipa. É... Não é tranquilizador ver a forma como o senhor faleceu, não é? Nós tentámos o nosso melhor para controlar as secreções, a febre, os tais períodos em que ele abria espontaneamente os olhos. Não foi por falta de empenho nosso, mas o processo de deterioração e desgaste é muito mais doloroso do que aquilo que se vê acontecer nos sítios onde é permitida a eutanásia. Pronto, e isso deixa-nos preocupados, não é? Preocupados... realmente, o que é que podemos oferecer a estas pessoas... E todas as condições logísticas, não é? Porque se percebe que a família não quer assumir o momento do óbito em casa e que o nosso contexto hospitalar, ou que o nosso contexto do Serviço Nacional de Saúde, em geral, não está preparado para estas situações.

**E:** Tendo considerado este caso como sendo o mais significativo para si, queria só que me explicasse porque é que lhe atribui um significado particular? Por ter acompanhado ao longo do tempo, por naquele caso ter esgotado mais possibilidades, por... Quais são os motivos ou as razões.

**M:** Provavelmente, porque realmente acompanhámos durante mais tempo. Por outro lado, foi um caso em que tivemos diretamente incumbidos de gerir todo este processo. Por todas as barreiras que se levantaram. Mas eu acho que, no fundo, aquele aspeto... É como disse no princípio, a hipocrisia daquilo que é o cuidado oferecido a alguém que quer... que quer morrer, não é? Nós não permitimos a eutanásia, mas aquilo que oferecemos em alternativa... *(silêncio)* É um processo doloroso... E, em relação ao outro doente da Medicina, a mesma coisa. O senhor também transmitia isso, que não o iam observar, que não falavam com ele, o fato de ele recusar a medicação... o deixavam estar por aí.

**E:** Ah, era uma espécie de retaliação.

**M:** O doente entendia como tal.

**E:** Ah, era uma retaliação... uma espécie de retaliação.

**M:** O doente entendia como tal, não é? O doente entendia como tal! Provavelmente, os colegas entendiam como: não há nada a fazer, portanto, o que é que lá vamos fazer? Temos outros de quem tratar.

**E:** Em relação ao primeiro doente... E agora vamos só entrar, então, no caso particular do pedido que, para si, foi considerado como sendo o mais significativo. Penso eu ter sido o primeiro...

**M:** Hm hm!

**E:** Fazer só aqui uma breve viagem sobre o pedido em si. E já temos muitos dados, porque falámos dele em pormenor, mas... Em relação à idade do doente, eu recorde-me que falou que ele... Ele tinha, mais ou menos, que idade?

**M:** [—] [> 70], acho eu.

**E:** Portanto, falou-me do estado civil; que ele era viúvo. A esposa tinha acabado de falecer...

**M:** Hm hm.

**E:** Mas a escolaridade? As filhas eram relativamente diferenciadas, mas e o pai?

**M:** O senhor teria a quarta classe, não teria mais.

**E:** Em relação aos cuidadores. Eu sei que ele tinha as duas filhas e depois, entretanto, teve uma senhora umas horas durante o dia.

**M:** Hm hm. Umas horas durante o dia e durante a semana.

**E:** E os locais de prestação de cuidados seriam a casa dele, pelo que eu percebi, e depois?

**M:** A casa dele, sempre em casa dele. E, depois, aqui, o hospital.

**E: Ele, quando falou consigo a propósito do pedido em si, ainda estava em regime de consulta externa ou já estava...**

M: Estava em consulta externa, sim.

**E: Na altura falou-me sobre o diagnóstico...**

M: Um tumor da língua. A primeira neoplasia foi um tumor da laringe. São todos aqui nesta zona, como também é comum, não é? Há muitas recidivas. E quando se tem um tumor de cabeça e pescoço, a probabilidade de ter um segundo é muito grande. O primeiro foi da laringe, o segundo também foi da laringe, foi uma recidiva local, e o terceiro foi da língua, da base da língua.

**E: E depois, na altura que ele fez esse pedido, que prognóstico é que ele tinha?**

M: Segundo a Oncologia, claramente superior a seis meses.

**E: Em relação a este pedido, recorda-se como é que o doente começou a conversar consigo ou introduziu o assunto? Porque há bocado me falou que alguns doentes introduzem o assunto, não pedindo expressamente. Portanto, antes do pedido explícito, recorda-se de ter havido alguma conversa feita pelo doente em relação a...?**

M: Não, não. Foi um... foi um dado adquirido no dia em que o senhor veio à consulta de Radioterapia. Portanto, ele disse que queria morrer. Ele disse que queria morrer!

**E: A única conversa prévia era: eu quero morrer... eu, sozinho.**

M: Sim.

**Portanto, a conversa não evoluiu?**

M: Não... No primeiro momento, não. Depois ele foi para casa e tentou fazer alguma coisa nesse sentido.

**E: Foi a história da faca.**

M: Sim.

**E: E depois quando veio novamente, recorda-se explicitamente como é que ele conversou consigo sobre o assunto? Ou como é que ele fez esse pedido? Retém, na sua memória, a forma como esse pedido foi feito?**

M: Se o podíamos ajudar.

**E: E ele... Recorda-se do que é que falaram sobre esse assunto? Eu não sei se falaram em equipa, se falaram... se depois cada um tentou falar sozinho com ele. De que é que falaram, o que é que discutiram, como é que conversaram sobre o assunto?**

M: Eu falei com a senhora enfermeira. A consulta, habitualmente, é de médico e de enfermeiro. Portanto, eu e a senhora enfermeira falámos no mesmo momento. Ora intervinha eu, ora intervinha ela, como fazemos habitualmente em contexto de consulta.

**E: Recorda-se de que assuntos é que falaram na altura em que perceberam o que é que ele estava a pedir?**

M: Por um lado, explicámos que não podíamos ajudar ninguém a morrer. Por outro lado, tentámos perceber o porquê. E, dentro do explicar o porquê, validámos os aspetos positivos. Que tinha havido uma resposta ao tratamento, que havia um novo tratamento a fazer, que não estava excluída a possibilidade, se houvesse novamente uma resposta similar à que houve com a quimioterapia, de poder ser operado. E... e... e manter-se o mais tempo possível livre de doença. Pronto. E aquilo que ele nos apontava como efeitos negativos era o estado em que estava. Realmente emagrecido, realmente sem capacidade para ter autonomia para se levantar. Explicámos que era possível fazer fisioterapia para melhorar a parte muscular, que havia uma parte que se tinha perdido. Pronto que, infelizmente, os corticóides eram assim, mas que havia reabilitação que poderia ser feita. E ele disse que estava cansado e que estava farto e que, realmente, nada fazia sentido para ele, que não queria continuar assim.

**E: E, para além disso, ele apresentou qualquer outra razão para estar a solicitar ajuda?**

M: Não. A nós, nunca nos falou da esposa. As filhas admitem que sim, que eles eram muito unidos e sempre viveram um para o outro. Mas, a nós, nunca nos falou de ter perdido a esposa.

**E: Então, para si, no seu entender quais seriam as razões por detrás daquele pedido?**

M: A falta de sentido, a falta de perspetiva, não é? Este senhor era um homem muito... muito prático, muito ativo, não é? Sempre esteve habituado a fazer coisas, a não estar parado. Não era um homem de estar, não é?

**E: Pensa que foi a falta de sentido para aquela vida?**

M: Para a vida dele!

**E: E ele reportou isso na forma como falou?**

M: (*silêncio*) O não querer viver assim...! O senhor não era um homem propriamente de muitas palavras.

**E: E sempre que vocês conversaram com ele, como é que ele respondia ao realçar dos aspetos positivos?**

M: Não valorizava. Era como se nós estivéssemos a falar de qualquer coisa que, para ele, não lhe dizia nada.

**E: Recorda-se da forma exata como ele formulou o pedido? Ele pediu...?**

M: Se o ajudava. Se o podíamos ajudar.

**E: Ajudar em quê? Como é que ele explicou?**

M: A morrer. Ele fazia isto: (*gesto manual de cortar o pescoço*). Ajudar a (*gesto manual de cortar o pescoço*)! O senhor, como tinha traqueostomia... Portanto, havia muitas

palavras que ele tentava usar a linguagem gestual, não é? Nós perguntámos: pôr a dormir? *(e ele fez novamente o gesto manual de cortar o pescoço)* Era assim...!

**E: Ele alterou a forma como convocou a vossa ajuda? Ou seja, esse pedido voltou a existir feito de maneira diferente?**

M: No dia em que veio, não é? No dia em que veio para o pormos a dormir, agradeceu-nos. Quis-se despedir de nós com um beijinho. Nunca tinha acontecido em nenhuma outra consulta anterior!

**E: Como é que interpreta essa mudança de comportamento?**

M: Não... Era isso que ele queria.

**E: Queria porque estava convicto que isso iria proporcionar a morte?**

M: Exatamente! Exato!

**E: Ou queria, porque só não queria era estar acordado.**

M: Isso não conseguimos dizer, não é? Mas, se calhar, estava convicto que aquilo o ia aliviar de tudo, não é?

**E: E recorda-se se ele voltou... Houve essa conversa de que não havia a possibilidade de o ajudar. E ele manteve esse pedido independentemente da vossa resposta?**

M: Nós, na altura, não lhe falámos da sedação, não é? Porque, na altura, isso não me fazia qualquer sentido.

**E: Não, não, não! Na altura em que ele fez o pedido, esse pedido foi feito uma única vez ou ele voltou a fazê-lo?**

M: Ele aqui, fisicamente, só aqui veio mais essa vez no momento em que falou. Depois, tudo o resto foi via telefónica com... com a filha. Portanto, só houve a confirmação no dia em que realmente veio.

**E: Veio à Radioterapia.**

M: A Radioterapia foi o primeiro dia. O senhor, depois, esteve aqui a conversar, foi para casa. Foi para casa, fez aquelas tentativas de corte. Veio no dia a seguir. Foi no dia em que esteve aqui connosco, nos disse isso e eu mandei-o à Psiquiatria. Foi para casa e, durante essa semana, as filhas telefonavam diariamente. De manhã, à tarde, duas, três vezes... Pronto, e era um sufoco. As senhoras choravam, não é? E, nós, ao telefone... Pronto, e depois, na segunda-feira seguinte foi o dia em que a filha telefonou a dizer que percebiam a vontade do pai e que gostavam de falar connosco. E, portanto, vieram aqui e falaram.

**E: E porque é que percebiam a vontade do pai? O que é que estava por detrás daquela vontade? O que é que mudou?**

M: Pronto, isso... isso é que... Pronto, não sei! Achei... achei muito rápido! Achei... não é? Poucos dias antes, três ou quatro dias antes, estavam desesperadas e, depois, segunda-feira já percebem! Isso é que... *(risos)*

**E: Portanto, a ideia era sempre respeitar a vontade, mas com base em quê?**

M: Aquilo que elas... que a mais velha me disse foi que entendia o sofrimento do pai. Pronto, e... O aspeto mais estranho foi a rapidez com que a família mudou de opinião, não é? Porque não era essa, de todo, a opinião delas!

**E: Acho que esse almoço deve ter sido decisivo para alguma coisa, não sei o quê. Portanto, ele nunca mais voltou a falar com vocês sobre a vontade de morrer.**

M: Só no dia em que veio... só no dia em que veio.

**E: E no dia em que veio foi quando ele fez o pedido? Está a falar desse dia ou do dia da sedação?**

M: Do dia da sedação.

**E: E, no dia da sedação, ele voltou a repetir?**

M: Não, ele disse que vinha para ficar a dormir. Não propriamente o pedido de...

**E: Não reiterou o pedido?**

M: Não chamou dessa...

**E: Não fez isso.**

M: Fez, fez! Fez isso *(gesto manual de cortar o pescoço)* que era para ficar a dormir.

**E: Ah, voltou a repetir o gesto.**

M: Sim, mas ele fez o gesto *(manual de cortar o pescoço)* e eu disse: para ficar a dormir! E ele disse que sim, que foi assim que as filhas lhe tinham explicado.

**E: Então, claramente, ele estava a perceber outra coisa.**

M: Eu acho que ele veio convicto que nós íamos acabar com ele. Pronto, e foi por isso que eu fiz questão de dizer que ia ficar a dormir!

**E: Pois, porque ele fez aquele gesto de cortar a cabeça na guilhotina.**

M: Exatamente!

**E: Recorda-se, na altura que tiveram essa conversa, de que forma é que vocês tentaram acolher e responder ao pedido. Responder, eu já percebi como é que responderam, mas... Houve ali alguma estratégia para lidar com o mesmo?**

M: Que percebíamos o sofrimento dele, não é? Mas que havia aspetos que podiam ser melhorados. Nós tentamos sempre ir buscar coisas que possam ser um reforço positivo para as pessoas, não é?

**E: Como é que abordaram o pedido? Como é que exploraram esse pedido? Ou seja, as razões que estavam por detrás dele. Como é que foi? Eu sei que, no início, foi difícil gerir tudo isto ao mesmo tempo.**

M: Ele foi muito... estava decidido, estava decidido! Houve muito essa... essa primeira abordagem, que não queria mais nada! E pouco mais saía dali. E nós é que fomos dizendo que: percebemos que, se calhar, é difícil para si não conseguir andar tão bem como antes,

as quedas, o não conseguir ir trabalhar com os cãesinhos. E ele, simplesmente, dizia que sim ou que não com a cabeça à maior parte das coisas.

**E: Não havia grande interatividade.**

M: Sim, porque o senhor não era muito... digamos que... Muito conversador, digamos assim. Havia muito aquela...: é assim, porque eu quero que seja assim! Porque eu decidi que era assim!

**E: Muita determinação. Quando foi tomada a decisão de rejeitar o pedido, eu sei que a Doutora falou com ele juntamente com a enfermeira. E depois houve outras conversas, mas noutros momentos e com outros elementos. Mas, recorda-se que fundamentação é que a equipa teve, ou que a Doutora teve em isolado e depois com a equipa, porque eu não sei se é a mesma... Que fundamentos é que teve para rejeitar aquele pedido?**

M: A questão da forma como abordámos o pedido tem um bocadinho a ver, também, com aquele, por um lado, que é o nosso contexto legal e, por outro lado, que é... aquilo que é ensinado aos profissionais que trabalham em Cuidados Paliativos, não é? Que é sempre tentar perceber o porquê e que é sempre tentar esgotar todas as hipóteses de intervenção em todos os âmbitos e todas as pessoas que possam dar o seu contributo. Recordo-me que, para a [—], para a psicóloga, o pedido do senhor fazia todo o sentido. Ela conversou com ele bastante tempo nesse... nesse dia. E, para ela... para ela houve um sentido para esse pedido.

**E: E que sentido era esse? O que estava por detrás desse pedido?**

M: Era isso! Era... era a vida do senhor, aquilo que a vida do senhor se tinha tornado, não é? Que não era nada disso que ele queria para ele.

**E: Porque é difícil desmontar um pedido...**

M: Exatamente!

**E: Eu reconheço essa dificuldade e, por isso, é que lhe pergunto. Porque às vezes também não é possível chegar ao entendimento das razões ou dos motivos ou das causas.**

M: Pronto, para mim, como digo, imagino que seja... que fosse esse o pedido, embora o senhor, verbalmente, nunca nos tenha explicado. Mas, daquilo que conversou com a psicóloga [—], para ela fazia sentido porque era uma vida diferente daquela que ele queria para ele, daquela que ele tinha imaginado para ele! Aquilo que depois, em equipa, nos defrontámos era, realmente, a forma de lidar, por um lado, com a família, não é? E depois esta mudança de opinião da família, e realmente, em termos práticos, como é que íamos gerir esta situação.

**E: Que fundamentos é que, no seu caso em particular, a levaram a interpretar dessa forma e a rejeitar o pedido que foi feito pelo doente? E colocando-os em perspetiva com os dos restantes elementos.**

M: Eu acho que a única diferença, assim, que sobressaiu foi exatamente a nossa psicóloga nos transmitir que entendia perfeitamente o pedido do senhor, sem levantar grandes

dúvidas da sua veracidade e da sua pertinência. Enquanto, por exemplo, para mim e para a enfermagem, o pedido surgiu como algo que nós tínhamos que combater e tentar modificar.

**E: E, na sua perspetiva pessoal... Já me explicou que a resposta que lhe deu foi uma resposta de não ser possível, naturalmente, ajudá-lo a morrer. Mas para si, pessoalmente, se tiver que desconstruir o seu raciocínio, o que é que para si esteve subjacente ao fato de ter não aceite esse pedido? Que fundamentos é, que para si, encontrou para isso...? Tudo bem que o não é a resposta natural tendo em consideração o enquadramento deontológico e legal. Mas, que fundamentação é que, na sua perspetiva, está por detrás dessa rejeição?**

M: A questão do elemento depressão. O fato de, reconhecidamente, haver uma depressão e eu entender que a depressão é um fator que modifica a nossa capacidade de decidir ou a nossa opção face à decisão e não termos tido a oportunidade de modificar esse fator. Há pessoas que vêm com um grau de limitação, se calhar, até superior ao que o senhor tinha naquela altura e não têm essa vontade, não é?

**E: Só queria perguntar-lhe se: é porque há casos em que a depressão existe por inerência à condição de doença e não afeta a capacidade de decisão, e há casos em que, de fato, o pedido resulta de um estado depressivo. Portanto, aqui, neste caso...**

M: Nós não sabemos, não é...? Nós não sabemos! Nós entendemos os motivos do senhor, não é? Olhando para trás, olhando para toda a história dele, entendemos. Mas esse elemento nunca foi...

**E: E a psicóloga considerou que o pedido estava a ser afetado por um estado depressivo?**

M: Não... Ela achou que fazia sentido, dentro da personalidade do senhor, ele fazer esse pedido. Fazia sentido naquilo que sempre foi o perfil dele.

**E: Portanto, parecia-lhe um pedido racional nesse contexto?**

M: Se calhar um bocadinho impulsivo, mas de acordo com aquilo que ele sempre foi.

**E: Ao recordar a sua tomada de decisão, neste caso de rejeição do pedido, recorda-se do que é que faria de diferente? As experiências mais positivas e negativas que viveu em relação ao fato de ter recebido o pedido. O que é que faria de diferente se pudesse tomar uma decisão novamente?**

M: Na altura não tivemos hipótese de convocar ninguém da capelania. Portanto, em... Oferecemos, como um recurso, poder falar com o capelão, mas na altura não chamámos aqui o capelão para... para vir falar com o senhor. Isso era uma coisa que eu faria hoje de diferente. Por um lado, porque... A pessoa que colabora connosco não tem, em termos de Cuidados Paliativos, não tem formação específica de forma nenhuma, mas é uma pessoa motivada e que vai fazer formação específica nesta área e muito sensível no sentido de os doentes se sentirem acompanhados. Há muitos doentes que nós vemos aqui em primeira consulta e que fazem alguma alusão, que têm um intervalo de tempo entre duas consultas, ou entre exames, ou estão à espera de exames, e nos dizem que vão à capelania falar com o senhor capelão, porque gostam muito de conversar com ele. E que nós não... que já o

conheciam de outro... de outro contexto. Portanto, há mais um recurso que, na altura, com esse senhor, não foi... não foi explorado, não é? Como também é uma forma de o ajudar no seu sofrimento. Depois, em termos práticos, se calhar, o outro aspeto era o trabalho com a equipa do serviço. Esse trabalho foi feito à posteriori, não é?, com os enfermeiros do serviço. Foi feito à posteriori, porque se detetou que havia muita dificuldade e atitudes antagónicas dentro dos enfermeiros, porque havia enfermeiros que não concordavam com aquilo que estava a ser feito.

**E: Aquilo, a sedação?**

M: A sedação. E, em última instância, nós não sabemos, não temos a certeza, se ninguém o hidratou pela PEG, não é? Não sabemos! Porque havia pessoas que não concordavam com o fato de ele não ser hidratado. E esse aspeto... Se voltar a acontecer uma situação similar tem que ser trabalhada antecipadamente com a equipa. Isso não foi feito.

**E: Ah... foi tudo no momento.**

M: Foi tudo no momento, porque nós também não sabíamos onde é que ele ia parar, não é?

**E: Portanto, esclarecer à partida o que é que...**

M: Esclarecer quais eram os objetivos e o que é que ia... Quer dizer, isso falou-se como um objetivo, não é?, mas não especificamente com cada profissional e qual a sua vivência desse...

**E: E, entre os médicos, havia algum consenso?**

M: Lá em cima não havia propriamente médicos, não é? Porque cada doente estava ali porque não tinha para onde ir. Tinha os médicos que tinham sido responsáveis pelo internamento e que os iam... mas que não eram daquele piso, não é? Aquele serviço era, assim, um bocadinho depósito. Havia doentes de vários médicos, de vários serviços do hospital que, como já não tinham cuidados agudos, digamos assim, eram colocados ali e os médicos iam lá uma vez por semana ou... Com os outros colegas nunca houve grande interação, porque não era um doente deles, não é? Sabiam que era o doente dos Cuidados Paliativos, nada mais! Com os outros médicos, com a colega de Otorrino, ela entendeu, mas não quis entrar em confronto com o Diretor de Serviço. Pronto, por uma questão de hierarquia.

**E: Entendeu o quê?**

M: Entendeu a necessidade de nós internarmos o senhor para ele ficar sedado.

**E: Ah, mas mediante a resposta...**

M: Sim, mas mediante a resposta que teve, não entrou em confronto. A colega de Oncologia, nós que resolvêsemos o problema... Pronto. Disse: ah pois, não pode ser, ele tem que fazer o tratamento, então, respondeu tão bem! Mas também não... Foi assim a interação.

**E: Imiscuiu-se da responsabilidade... Recorda-se, tendo em consideração o momento em que o pedido foi feito, quais eram, à altura, as suas principais preocupações e inquietações, também, ao cuidar do doente que convocou a sua ajuda para morrer?**

M: Por um lado era tentar que ele não morresse por alguma coisa que eu fizesse ou deixasse de fazer, não é? E para assegurar que tudo aquilo que eram os preceitos de uma sedação paliativa fossem... fossem mantidos. Embora a sedação não fosse propriamente uma sedação paliativa.

**E: O fato de a sedação não ser um procedimento consensual dentro da equipa e até ter sido questionada ou defendida por via da Comissão de Ética... Isso, de alguma forma, inquietou-a ou foi o ir à Comissão de Ética obter um parecer ou obter algum suporte?**

M: O objetivo era mais alguém pensar sobre o assunto e ver se havia alguma outra coisa que eu não tivesse pensado. Ou se havia alguma outra alternativa ou se, ao contrário do que aquilo que a Psiquiatria tinha achado, se era lícito, por exemplo, manter o doente sedado e fazer um período de tratamento com antidepressivo e voltar a ver o que é que acontecia. Porque, do ponto de vista teórico, havia várias hipóteses, não é?

**E: E o que é que lhe pareceu?**

M: Em relação à Comissão de Ética? A mim perturbou-me o fato de a resposta que eu obtive por escrito ter sido *ipsis verbis* aquilo que me tinha sido dito por uma pessoa. Pronto, perturbou-me isso: não haver ali referência a outras opiniões. Sei que, depois, officiosamente, com uma das farmacêuticas e com uma das juristas que, por outros motivos que não tinham nada a ver com a questão, me cruzei por esses tempos... Aquilo que comentaram é que era uma situação muito complexa e que não estavam habituados a discutir situações destas. O que também me perturbou muito...

**E: Agora queria perguntar-lhe como é que se recorda de se ter sentido quando o pedido lhe foi feito e quando teve de responder ao pedido do doente. Recorda-se como é que se sentiu no momento em recebeu, enquanto teve que refletir e quando teve que responder ao pedido? Olhando à distância consegue definir os seus sentimentos?**

M: O pedido do doente surpreendeu-nos. A decisão súbita dele surpreendeu-nos. Se calhar vendo com mais atenção e refletindo, percebia-se que se calhar poderíamos esperar que isso viesse a acontecer. Mas só analisando as coisas com muita atenção, porque no momento em que ele surgiu, não estávamos à espera que o senhor tivesse, de repente, tomado aquela decisão. Pronto, e aquilo que tentámos foi: como é que vamos desmontar, não é? A questão, para mim, foi essa: é como é que... como é que... Por um lado, tentar perceber porquê e, por outro lado, perceber o que é que eu consigo encontrar de positivo neste senhor, com força suficiente para, pelo menos, o deixar a pensar, não é? E ele não dizer: é porque sim, é porque eu quero!

**E: Portanto, eu já percebi que se sentiu surpreendida.**

M: E, por outro lado, o desafio de perceber, em função daquilo que ele me apontasse como razões, encontrar motivos em sentido contrário.

**E: E a sua perspectiva pessoal de ter sido confrontada com um pedido que, eventualmente, a convocasse numa ajuda que colocasse o fim à vida desse doente?**

M: Eu sinto como um pedido natural, não é? Numa situação de sofrimento extremo, sinto como um pedido natural. E é por isso... E acho que isso é porque... porque aceito a eutanásia e, portanto, não me choca, não me... não me revolta. Não!

**E: E, no caso concreto, tendo essa postura...**

M: Aquilo que me surpreendeu foi o momento, não é? Naquele contexto não estávamos à espera que ele fizesse o pedido.

**E: Mas como é que se sentiu pessoalmente? Ou seja, sendo interpelada nesse sentido, como é que você se sentiu?**

M: Sempre que alguém me faz um pedido, eu sinto-me triste porque aquela pessoa está num sofrimento extremo, não é? Mas percebo! Percebo que as pessoas sintam necessidade de me pedir.

**E: Consegue colocar-se, digamos assim, nos sapatos dos outros.**

M: Sim...

**E: Considera que a experiência de ter recebido dois pedidos de eutanásia teve alguma afetação emocional sobre si? Ou afetou-a emocionalmente de algum modo?**

M: Claro que sim! Claro que... Quando... quando alguém nos faz um pedido numa situação de extremo sofrimento, isso mexe connosco, não é? Já há tantas outras coisas em que percebemos que as pessoas estão a sofrer e não são... Pedidos para pôr fim à vida mexem connosco, claro que sim! E interferiram aqui com a dinâmica do serviço, da equipa. As pessoas tiveram muito mais necessidade de... de partilhar o que sentiam, em qualquer uma das duas situações. Foram motivos de reunião extra! (*risos*) Não é? De um momento para a equipa se juntar, fora dos momentos em que habitualmente discutimos os doentes, para... para comentar, para... para partilhar coisas.

**E: Sentiu que houve essa necessidade?**

M: Sim... em qualquer um dos dois.

**E: Eu sei que isso interpelou demasiado a equipa. Quais eram os sentimentos mais prevalentes na forma como as pessoas se manifestavam quando discutiam este caso em particular?**

M: Um bocadinho de impotência, não é? Aquilo que as pessoas sentem é que querem ajudar e, às vezes, não sabem como, não é? Qual a melhor... qual a melhor forma ou alguma intranquilidade no sentido de pensar que poderá haver mais qualquer coisa que se possa... que se possa fazer. Ou tentar perceber se as outras pessoas têm mais alguma ideia.

**E: E o seu sentimento pessoal foi, sobretudo... Pelo que eu percebi, sentiu-se intranquila. E, em relação a este caso em particular, impotente por não conseguir, apesar de as opções terem sido na sua maioria esgotadas, anular aquele pedido.**

**Tendo-se mantido, como é que se sentiu quando a pessoa vem para ser sedada e pensa que vem para morrer?**

M: Hm hm... A mim, o que me incomodou naquele momento, tal como disse... Queria só que o senhor tivesse bem claro que o que nós íamos fazer era pô-lo a dormir. Pronto, e foi por isso que eu senti necessidade de o dizer, porque eu tinha-lhe dito que não era possível ajudar a morrer ninguém nem matar ninguém. Pronto, e quis-lhe... quis-lhe transmitir isso. É um bocadinho a minha luta pessoal por eu aceitar uma coisa que não posso fazer e ter necessidade de assegurar que as pessoas percebam que eu não o posso... que eu não posso fazer.

**E: Esse conflito interno, digamos assim, fê-la de alguma forma sentir alguma... não direi revolta, mas alguma intranquilidade?**

M: Não é uma questão de uma revolta. Aquilo que mexe comigo é, como digo, a alternativa, não é? Na prática, o que é a alternativa? O questionar-me, não é?

**E: Hm hm... E queria-lhe perguntar se sentiu necessidade de falar com alguém sobre... Bem, já percebi que partilharam em equipa. E contemplando a equipa, se quiser, também nesta discussão, mas... Sentiu necessidade de falar com alguém, e com quem, sobre os impactos emocionais que o fato de ter recebido este pedido lhe causaram?**

M: Falo... falo muitas vezes com aquelas pessoas que são os meus amigos mais próximos. Alguns médicos, outros não médicos. Dentro dos não médicos, pessoas com formação jurídica também. E partilhei com eles estas minhas angústias.

**E: E dentro da equipa esse assunto... Houve relutância ou houve necessidade de partilhar com a equipa este pedido?**

M: Não. Foi... foi natural, não é? Com a equipa... Percebendo o impacto que o pedido tem em termos do doente, da família... Tinha que ser partilhado, não é? Tinha que ser partilhado, porque tinham que se encontrar outras estratégias, outros recursos, outras ideias!

**E: E encontrou?**

M: Pronto, chamámos a colega, a psicóloga, que viu o senhor naquele mesmo momento. Deixou de fazer outra consulta que tinha e ficou com eles. Pronto, foi impecável. Pronto, e... e fez o seu melhor, não é? Pedimos as outras ajudas da Psiquiatria, do...

**E: Recordar-se sobre o que é que falaram e discutiram... com as pessoas com quem partilhou este caso? O que é que sentiu mais necessidade de partilhar?**

M: A dúvida de qual a melhor opção... A dúvida se era lícito sedar alguém quando, em termos de definição... Esta não é uma técnica paliativa, não é? Aquilo que nós manejamos é uma sedação para controlar uma agitação, que o senhor não estava agitado, ou é uma sedação paliativa. E isto não era uma coisa nem outra! (*risos*)

**E: Sim, mas essa já era a dúvida inicial remetida à Comissão de Ética.**

M: Sim, sim... Exatamente! Isto foi... Esta partilha foi em simultâneo com todos estes acontecimentos.



**E: Não, mas eu estou a falar em relação ao pedido específico.**

M: Em relação ao pedido específico, aquilo que eu questioneei... Aquilo que eu partilhei com as outras pessoas não foi o pedido específico de eutanásia em si. Foi o contexto do pedido, não é? E a resposta ao pedido. Habitualmente, nós não... Pelo menos, assim, de uma forma genérica... Estou a pensar em mim, estou a pensar naquilo que possa ter ouvido dos meus colegas... Não estamos muito habituados a partilhar com as nossas famílias, com os nossos amigos, pessoas que nos pedem para morrer, não é? Nós... Não é o pedido em si, é o contexto da situação. É... São as dúvidas que se geram a partir do pedido.

**E: Durante toda a experiência em que o pedido evoluiu, sentiu que talvez fosse necessário partilhá-la, em primeiro lugar, com a equipa ou com pessoas fora da equipa?**

M: Com a equipa... com a equipa! A questão do fora da equipa é o depois, não é? Aquilo em que se fica a pensar, as questões que surgem depois. A primeira necessidade é sempre com a equipa.

**E: E sente que os assuntos que discutiram eram os mesmos? Ou sente que, na equipa, aquilo que procurava partilhar foi melhor entendido? Porque eu não sei, exatamente, o que é que foi partilhado tanto num lado como no outro.**

M: Portanto, aquilo que se partilha com a equipa são os aspetos práticos e logísticos e a forma como se gere a questão no dia-a-dia.

**E: E o aspeto emocional?**

M: O aspeto emocional não é tanto... não é esse que... Não quer dizer que não seja transmitido indiretamente. Se calhar, o aspeto emocional é mais transmitido com as dúvidas que ficam quando partilhamos com os outros.

**E: E, nesse sentido, sente que, quando partilhou essas dúvidas com os outros, aquilo que partilhou teve a ver, essencialmente, com que dúvidas?**

M: Com a dúvida de qual era a melhor opção. E com a intranquilidade de saber que me está a ser pedida uma coisa com a qual eu concordo e que não posso... e que não posso fazer.

**E: No que respeita à sua relação específica com o doente, queria só perguntar-lhe... Como é que descreveria a sua relação com o doente? Já percebi que me descreveria o próprio doente como sendo uma pessoa impulsiva até pela forma como ele se lhe dirigiu. Mas se pudesse pensar um bocadinho mais sobre esta relação médico-doente com aquele doente específico e sobre a forma como o descreveria...**

M: Era um doente calado, não estabelecia um contato ele preferencialmente. Limitava-se a responder aquilo que era questionado. Muito circunspecto, muito limitado aquilo que se lhe perguntava, mas sempre muito cordial e afável e, aparentemente, à nossa frente pelo menos, mostrando que iria cumprir aquilo que lhe era sugerido. Mas, por exemplo, depois à posteriori... Isto nas primeiras consultas, na altura em que o conhecemos, e por causa da questão da dor e do engolir, percebemos que, apesar de ele nos dizer que sim, que em

casa não faria nada daquilo que lhe era sugerido. Pronto mas socialmente, aparentemente, agradável e calmo.

**E: Na relação com o doente, sentia alguma dificuldade, sobretudo, por ele não partilhar, por ele não...**

M: Sim, o fato de... Por um lado, a limitação da comunicação, não é? Que é o ter traqueostomia, não é? E, por outro lado, o modo de ser da pessoa, a personalidade da pessoa. Claro que sim...

**E: Isso afetou a relação em si?**

M: Afeta... afeta...

**E: Como é que a definira? Era uma relação...**

M: Formal... mais formal. Não era uma relação muito empática ou de muita proximidade.

**E: Considera que o fato de ter recebido esse pedido alterou, de alguma forma, a relação que tinha com o doente? Ou seja, sentiu... não necessariamente da sua parte, mas da dele, por lhe ter respondido de uma forma negativa.**

M: Imagino que não... Não senti, não.

**E: Consegue-me descrever, de uma forma sucinta obviamente, as interações que teve com a família do doente que lhe fez o pedido? Ou seja, como é que as duas filhas reagiam ao fato de o doente ter feito o pedido e qual era a sua relação com elas?**

M: A filha mais velha, a filha veterinária, já tinha ouvido falar de nós, porque um familiar do marido tinha sido também nosso doente. E, portanto, acabou também por chegar até nós já com alguma referência, digamos assim. Nós já tínhamos acompanhado... agora não me recordo exatamente de quem era, mas já tínhamos acompanhado alguém. Portanto, a senhora já vinha com alguma referência, não é? Pronto, já vinha com alguma referência, a filha mais velha. Pronto, era uma pessoa diferenciada e, portanto, com ela sempre mantivemos um nível de interação um bocadinho diferente. Sobretudo, como ela é veterinária e a enfermeira que fez a primeira consulta é a enfermeira [—], que tem um cãozinho... Portanto, estabeleceu-se, logo de início, uma relação de alguma proximidade. Portanto, nós realmente sempre fomos muito mais próximas das filhas e, sobretudo, desta filha mais velha do que, se calhar, até do pai. Era ela a cuidadora principal, era ela com quem falávamos ao telefone, portanto, realmente, sempre houve uma relação de muito maior proximidade com ela. E, portanto, com a filha era uma relação de proximidade, de confiança, porque sabíamos que ela era muito cuidadosa com o pai e muito preocupada e muito vigilante.

**E: Não descrevia essa relação de uma forma tão formal como o faria em relação ao pai.**

M: Não, não, não... de forma nenhuma.

**E: Era, portanto, uma relação mais próxima e mais intensa do que com o doente. Consideraria isso?**

M: Sim, sim, sim... claro. Com a outra filha não tanto. Ela acompanhou o pai menos vezes à consulta e, no fundo, nós tivemos uma interação muito mais próxima com ela quando surgiu esta questão do pedido.

**E: Como é que a família reagiu?**

M: As duas irmãs reagiram muito mal ao pedido, inicialmente. Muito mal! E, sobretudo, a irmã mais nova não percebendo o pai, dizendo que não percebia o pai! A irmã mais velha sempre foi muito mais protetora do pai nesse sentido. Apesar de ela não aceitar, não aceitar com proteção, a outra como o questionar porquê.

**E: Quase que ofendida com isso, não é?**

M: Sim, sim.

**E: E pensa que, depois, o fato de terem completamente invertido esse sentido de posição e de terem aceite esse pedido, que alterou a sua forma de o entender? Porque ter aceite o pai, implica depois ter aceite também o pedido do pai.**

M: Sim... Sim...

**E: Essa mudança é que não é...**

M: Eu só não entendo é o porquê... Pareceu-me rápido demais, não sei! Não sabemos o que é que se passou durante aquele espaço de tempo, durante o tal domingo, porque elas dizem que foi no domingo...

**E: Aí elas não explicaram o que é que se passou para terem chegado àquela conclusão.**

M: Não, não. Aquilo foi resumido como: conversaram muito, choraram, tiveram juntos... Foi assim que foi descrito.

**E: Duas últimas perguntas relativas à sua perspetiva pessoal sobre a morte medicamente assistida. E queria-lhe perguntar de que forma é que, na sua perspetiva, quer a eutanásia quer o suicídio medicamente assistido se enquadram na sua perspetiva pessoal sobre o seu papel de médica?**

M: Como é que se enquadram? Eu acho que é um assunto com o qual nós temos que saber lidar, em função também daquilo que são as nossas convicções.

**E: E, portanto, na sua perspetiva pessoal, na forma como entende o seu papel enquanto médica, eu seria levada a entender que quer uma quer outra forma de morte medicamente assistida se enquadrariam na forma como entende o seu papel. E enquadrar-se-iam de que forma? E Porquê?**

M: A questão também é... também é muito... curiosa. Enquanto médica, sentir-me-ia muito mais confortável em que fosse o doente a tomar a substância letal. Pronto, ser-me-ia muito mais fácil, porque também é um bocadinho nessa perspetiva que vejo a eutanásia: como uma capacidade de o próprio gerir a sua vida. Mas obviamente que, numa situação de sofrimento extremo e, para alguém que está perfeitamente convicto do que quer, de uma forma tranquila, e não por revolta nem por zanga, acho que se for, do

ponto de vista legal, permitido, e se a minha consciência assim o entender, acho que tenho que estar disponível para o fazer.

**E: E quando diz: tenho que estar disponível... Como é que justifica, para si, essa disponibilidade?**

M: É como uma forma de terminar com um sofrimento tal...!

**E: A experiência de ter recebido dois pedidos de eutanásia alterou de alguma forma, positiva ou negativamente, a sua perspetiva sobre a morte medicamente assistida?**

M: Não, vem... A primeira experiência veio, exatamente, questionar e fortalecer a minha convicção de que, se calhar, há outras formas alternativas que, do ponto de vista objetivo, não provocam tanto sofrimento... nem para o doente nem para quem está a assistir.

**E: Sendo médica de Cuidados Paliativos, eu não resisto a pedir-lhe que reflita na relação entre a opção de Cuidados Paliativos e a opção de assistência ao suicídio ou de eutanásia.**

M: Ao contrário do que algumas pessoas que trabalham em Cuidados Paliativos defendem, eu acho que uma coisa não obvia a outra. Acho que as duas coisas podem ser possíveis para a mesma pessoa.

**E: Em momentos distintos do tempo.**

M: Ou não... ou não! Em senso lato, não é?, aquilo que se pretende é a qualidade, não é? Numa circunstância em que os Cuidados Paliativos utilizam todas as técnicas e essas técnicas não resultam naquilo que é o sofrimento da pessoa, não é? Eu não vejo porque não a pessoa poder escolher o momento em que quer morrer.

**E: Uma última pergunta e eu vou-me embora (risos)! Gostava só que me dissesse sim ou não. É mesmo para terminar, esta pergunta. Se conhece, para além de si, algum médico que também tenha sido solicitado por um doente quer para lhe prestar assistência ao suicídio quer para praticar a eutanásia.**

M: Sim.

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA MÉDICA M3**  
**[M3, Feminino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Intensiva]**

[1ª parte da entrevista]

**E (entrevistadora):** Boa tarde, Doutora. Queria começar esta nossa conversa por lhe fazer algumas perguntas de contextualização. Queria-lhe perguntar a sua idade.

M (médica): [—] [≥ 60].

**E:** [—] [> 60]. E, agora, queria-lhe pedir que me fizesse uma breve descrição do seu percurso académico desde a conclusão da especialidade, que me disse ter sido em Medicina Interna...

M: Hm hm... Fiz duas. Fiz Psiquiatria, que deixei...

**E: Chegou a concluir Psiquiatria?**

M: Eu fiz o internado todo. Não fiz exame de saída, porque se a gente... quando a gente faz exame de saída de uma especialidade depois, para entrar noutra (e eu queria fazer Medicina Interna), temos que arranjar uma junta médica a dizer que não temos condições para exercer aquela. E isso é uma coisa que eu nunca admitiria!

**E: O quê?**

M: É! Você não pode mudar de especialidade, a não ser que diga que não tem condições! Porque, quando faz uma especialidade, gasta dinheiro ao Estado. Para não exercer aquela especialidade que tirou e que chegou ao fim e lhe deram... Sim, sempre foi assim. E então... e então... pronto. Eu fiz o internato todo de Psiquiatria. Aliás, até fiz 1 ano a mais. E, depois, porque estive interrompida para ir trabalhar pela [—] para [—] e, depois, pelo [—] para [—]. E depois, então, entrei em... entrei em Medicina Interna.

**E: Em que ano?**

M: Em que ano é que entrei na especialidade de Medicina Interna?

**E: Que concluiu... que concluiu a especialidade.**

M: [—]! [—]... Foi! Portanto, estive [—] anos em Cuidados Intensivos. Depois é que fui para a enfermaria e... e reformei-me. Reformei-me há... há [—] anos.

**E: Ah, está reformada do [—].**

M: Do [—] estou reformada.

**E: Está?**

M: Estou... Ah, pois! Porque eu trabalhava no Hospital [—] e aquilo foi anexado ao Hospital [—] e, a partir desse momento, foi... foi a destruição! Foi a destruição! Aqueitei lá [—] anos...

**E: Sabe que eu não estou surpreendida, porque você não é o único caso que conheço.**

M: Pois não! Fui a primeira do Hospital [—]. Fui a primeira... No Hospital [—] fui a primeira! Depois o resto... O pessoal foi vindo atrás. Primeiro ainda me disseram: ah,

devias esperar, porque isto ainda vai melhorar! Não... Nunca vi... Decidi vir-me embora. Não estava para ver destruir aquilo que tínhamos construído. E pronto... E depois o pessoal...

**E: E foi? Confirmou-se a destruição?**

M: Então não! Primeiro, a Unidade de Cuidados Intensivos está fechada, uma data de serviços que foram desativados e foram fechados. Serviços que funcionavam muito bem! O Hospital [—] funcionava muito bem! Muito bem!

**E: Tudo por causa da integração do hospital num centro hospitalar?**

M: Porque foram anexados e pronto! E lá acharam que aquilo não tinha serventia. Sei lá... Não há uma justificação para... para a destruição do Serviço Nacional de Saúde. Não há um porquê... Não há um porquê... Não consigo perceber. Eu sou de uma geração, como dizia uma amiga no outro dia, em que sentimo-nos derrotados. Uma pessoa tem tendência para ser mais otimista e dizer: não, não!; tivemos uma sorte do caracas!; nós conseguimos construir coisas e fazer funcionar coisas que a malta nova não vai... não vai conseguir... nem pensar! Nós conseguimos fazer serviços, fazê-los funcionar! Uma evolução da Medicina espantosa nos últimos anos! Conseguimos estar nessa onda e fazer tudo isso. Agora apareceram uns... uns meninos dos dinheiros a... a destruir isso tudo, mas não foi por falta de competência nossa ou por as coisas que fizemos não funcionarem. Porque é que foi? Não se percebe! Dinheiro, dinheiro, dinheiro! E pronto... De maneira que, ao fim de [—] anos, vim-me embora. Vim para aqui. Reformei-me e vim para aqui.

**E: E... e... e está... portanto, está aqui há [—] anos?**

M: Não! Há [—] anos! Eu reformei-me há [—] anos. No ano anterior, antes da reforma, fui convidada para isto e agarrei, claro! Também não podia viver com... com a reforma. Ninguém vive com a reforma! (risos) E... E pronto... E vim para aqui.

**E: Gostava que me falasse de uma forma... Porque é que mudou de Psiquiatria para Medicina Interna?**

M: Não mudei! Não mudei! Eu sempre quis Medicina Interna. Só que eu sou daquele grupo que fizemos... Não sei se já ouviu falar. Estivemos montes de anos à espera de abertura de vagas para a especialidade. Então, nós tínhamos que fazer obrigatoriamente o chamado P1 e P2, que era o Internato Geral do primeiro ano e o Internato Geral do segundo ano. Depois tínhamos que fazer o Serviço Médico à Periferia, que era o P3. E, depois, em princípio fazíamos exame, entrávamos para a especialidade. Portanto, eram 3 anos de internato, um dos quais com Serviço Médico à Periferia, depois entrava-se na especialidade. Mas eu sou do... havia... houve grupos, no início disto tudo, que estivemos anos à espera que abrissem as vagas. O meu [—], por exemplo, chegou a [—], eu cheguei a [—]. Pronto... Ou seja, quando entrávamos para a especialidade, já tínhamos muito traquejo em Medicina, porque mantínhamo-nos a trabalhar nos hospitais e nas urgências e nas consultas, etc. E já tinha muito traquejo! A única situação que me deixava extremamente insegura numa urgência e que eu não... não conseguia abordar... não conseguia resolver era exatamente situações psiquiátricas. Não tinha qualquer capacidade de as resolver. Então resolvi que havia... Antes de ir para Medicina Interna, vou fazer 1 ano de Psiquiatria para ver se... se me oriento. As pessoas são um todo e, realmente, essa

parte da Psiquiatria não... não pesco nada. Ao fim de 1 ano achei que não servia para nada 1 ano. Não se... porque aquilo é extremamente subjetivo. É muito! Não se aprende muito... Não se apanhava nada... Se eu não ganhasse experiência no contato com as patologias, nunca havia de saber lidar com elas em situação... e medicá-las em situação aguda. Não conseguia. Então fiz o internato todo! Isto quanto mais experiência, melhor!

**E: Você não faz a coisa pela metade! (risos)**

M: Não... Porque é que não havia de fazer o internato todo? Qual era a pressa? Pronto... Depois fiz o internato todo. Depois, entretanto, acabei Psiquiatria. Entre Psiquiatria e Medicina Interna ainda estive [—] [< 5] anos... (silêncio) Uma transição... A gente tem que... A maneira de estar, a maneira de falar, a maneira de pensar é completamente diferente no mundo da Medicina e no mundo da Psiquiatria.

**E: É tudo Medicina...**

M: É tudo Medicina, mas é completamente diferente! A maneira de estar e a maneira de pensar, a maneira de abordar as situações... Mas eu tive mesmo necessidade de interromper [—] anos. E então fui para... para... para... fazer uma espécie de... Como é que eles lhe chamavam na altura? Era o Internato Complementar de Clínica Geral, que era como se fizesse outra vez o internato do primeiro ano.

**E: Portanto, a escolha da especialidade sempre foi uma escolha de início? Ou seja, não foi... A Psiquiatria foi um desvio para complementar a Medicina Interna, pelo que eu percebi...**

M: Hm hm! Sim.

**E: E quais foram os estabelecimentos que frequentou?**

M: Em que trabalhei?

**E: Não, não. Os estabelecimentos académicos e, depois, profissionais.**

M: Ah, académicos! Sim... Então... A Universidade [—]. Fiz [—] anos em [—], porque eu sou de [—]. Fiz os... metade do curso de Medicina em [—], outra metade aqui. Pronto, isto são... são os estabelecimentos. A faculdade foi metade em [—], na Faculdade de Medicina [—], e metade aqui, na... no Hospital [—]. É isso!

**E: E, depois, quando... quando fez estas... Além destas formações, há alguma outra formação complementar que tenha feito mais recentemente e que queira destacar?**

M: Não.

**E: E quando escolheu Medicina Interna foi por algum motivo em especial?**

M: Porque eu nunca percebi como é que se trata de um... de um coração sem se pensar naquilo que está a acontecer com o rim. Não é? Não consigo... (risos) Só consigo compreender... entender o doente como um todo. Não é possível...

**E: Portanto, disse-me que trabalhou sempre no Hospital [—], não foi?**

M: Sim.

**E: Todo o seu percurso profissional...**

M: Portanto: Hospital [—], Hospital [—] e agora aqui. Antes disso tive os... os internatos gerais, não é? Que foram uma data de anos. Portanto, antes disso, estive [—] anos em [—], [—] anos em [—] e depois é que vim para o Hospital [—]. E, depois, para o... para o Hospital [—].

**E: Mas depois de acabar a especialidade esteve sempre no Hospital [—]?**

M: Sempre no Hospital [—]! Sempre! Estive sempre no Hospital [—]!

**E: Agora olhando para trás e, sobretudo, porque já tem muitos anos para fazer uma retrospectiva, gostava que me falasse sobre aquilo que considera ser mais importante na sua experiência profissional e sobre o universo de doentes de quem tem cuidado ao longo da sua prática clínica.**

M: Com quem já lidei? Lidei com todo o tipo de doentes, não é?

**E: Pois, a Medicina Interna tem essa característica.**

M: Não é só isso! E também pelo tipo de sítios em que estive. Desde... desde gente sem-abrigo...

**E: Mas esteve em sítios diferentes dentro do Hospital [—]?**

M: Não! Dentro do Hospital [—] ia parar-nos desde gente sem-abrigo... Aqui vem-me parar gente com muito dinheiro, mas também gente que... que teve a sorte de trabalhar para boas empresas como... como a [—] ou a [—] ou não sei quê... [—]... que... que dão o mesmo tipo de cobertura médica a um motorista e a... e a um diretor. Igual! Igual! Tal e qual! Igual! Portanto, com todo o tipo de gentes eu lidei. E... Gentes do campo, gentes da cidade, gentes do [—]. Depois estive... estive em [—], tanto na [—], numa zona que a maior parte dos [—] não conhece... numa zona em que não há nada... nada... É zero! Pobreza absoluta! Não há nada! Não há nada! Não há água. E foi... e foi uma zona que foi a vítima do [—], portanto, uma zona terrível. Portanto, eu tive... tive contato com todo o tipo de pessoas. E isso ajuda... isso ajuda imenso a lidar, hoje em dia, com... Por isso é que eu digo: eu já não... não me zango, não me surpreendo com esse tipo de situações, porque lidei com todo o tipo de pessoas, que reagem das maneiras mais diferentes, que tantas vezes... Por exemplo, vem aí um negro, que agora recebemos muitos dos PALOPs... Vem aí um negro e dizem: ah, ele não liga nenhuma à doença e não sei quê...! E eu disse: não, a expressão dele... a expressão é que é diferente! Esta diversidade de... de pessoas foi muito útil para mim. Foi muito útil! Foi muito útil! Extremamente útil para estar agora calma! Dificilmente me zango ou me sinto frustrada ou me sinto revoltada ou me sinto ofendida por doentes. Mesmo aqueles que berram connosco, ameaçam isto e aquilo, tã rã rã...: pois, julgavas que eu te ia curar, mas não vou, não consigo! Não é por falta de vontade, só que ele estava enganado... E, realmente, faz-se tanta publicidade enganosa quanto a mim, em relação à Medicina e aos médicos, que os doentes têm toda a razão de se zangarem! Depois cada um se zanga à sua maneira! Portanto, nesse aspeto, acho que foi muito útil a diversidade de pessoas com que contatei e... e de patologias também. Ter andado em... em... em Psiquiatria, depois na Medicina fui rapidamente colocada em Intensivos. Depois dos Intensivos fui para a enfermaria. Velhos, muito

velhos, muito mal, muito sem solução social... E, depois, paliativos e oncológicos. Isto parece todo um percurso de vida de propósito, não é? *(risos)*

**E: É muita gente...**

M: É muita gente! É muita patologia! E... e pronto. Consigo estar com eles e estar bem.

**E: É mesmo sobre isso que eu lhe queria perguntar. Que significado é que atribui à sua experiência profissional e quais são os maiores contributos que dela resultaram para a reflexão sobre a sua prática clínica?**

M: *(silêncio)* Em termos de prática clínica eu acho sempre que podia ter feito mais, mas também não tive tempo e não... e não... nunca abdiquei de... do papel mais importante da minha vida, que é o ser mãe. Por exemplo, eu tive hipótese de ficar em [—]. Tive lá uma proposta de trabalho do governo, que era um sítio que eu adorava estar. A fazer um trabalho que eu adorava fazer. E é o sítio mais lindo do mundo, aquela terra. Sem dúvida! Não fiquei porque tinha [—] filhos adolescentes. De maneira nenhuma...! E, então, vim para aqui. Portanto, em primeiro lugar, consegui (e isso é que foi muito importante) fazer as duas coisas. Que não é nada fácil! Não é nada fácil! Mas pronto, consegui-se. E isso deixa-me satisfeita! Eu realmente fiz tudo o que achava que devia fazer. E consegui, como disse num jantar que me ofereceram de despedida, tive muita sorte com aquilo que consegui, com os sítios a que fui parar. Tive muita sorte em ir parar ao Hospital [—]! Eu fui parar ao Hospital [—] absolutamente por acaso! Absolutamente por acaso! Eu não queria ir para o Hospital [—], porque não gosto do Hospital [—], daquela mentalidade... Não queria ir para nenhum sítio em que houvesse academia. Não queria ir para nenhum sítio em que houvesse...

**E: Que aversão...**

M: Completa! Completa! Eu quando cheguei de [—], ao fim de um mês, eu quis desistir do curso. O meu pai é que não me deixou. Moeu-me o juízo até mais não! Ao contactar com o Hospital [—], disse: isto não sou eu, nunca vou ser assim, não tenho nada a ver com esta Medicina! Eu... Completa! Completa! E acho que a ideia, já muito antiga, de muitas cabeças, de separar a academia da clínica é fundamental! É fundamental! Mas... E, portanto, eu não queria ir parar a nenhum sítio... Tinha nota para escolher qualquer sítio, mas não queria ir parar a nenhum sítio em que houvesse academia. E achei que o Hospital [—] não tinha. E, então, lá me plantei. Ainda por cima o hospital era giro, assim estilo [—]... *(risos)* Mas, logo no dia a seguir, tive uma conversa completamente tonta com o diretor. Perguntou qual era o outro nome da... se eu sabia qual era o outro nome do serviço. E eu disse: deve ser dedicado a algum colega, sei lá...; olhe, Professor, lamento imenso, não faço a mínima ideia. E ele: minha senhora, não admito que alguém venha para este serviço sem... sem pretensões académicas; isto é a Clínica Universitária de Medicina Interna [—]! E eu disse: olhe, Professor, por acaso eu escolhi o hospital, porque julguei que seria... que era o único Serviço de Medicina [—] que não tinha sido invadido pela academia!; e eu não posso sair [—]!; portanto, olhe, vai ter que me aturar, mas não tenho qualquer pretensão académica! Porque nunca dei aulas... Fui a única da Medicina do Hospital [—] que nunca dei aulas! *(risos)* Depois ainda andou atrás de mim para doutoramento...

**E: Ai havia mesmo essa vertente académica no seu Serviço de Medicina Interna...**

M: Sim! Sim! Aquilo era um serviço universitário! Não havia Serviços de Medicina que não fossem universitários [—]! Todos universitários! Então aquele também era! E ele punha toda a gente a dar aulas e a fazer os doutoramentos e não sei quê. Menos eu! Era a única... Fui a única que nunca dei aulas. Tive... Nunca tive nada a ver com a faculdade. Ele bem que me tentou fazer isso. Mas foi por acaso, como vê, que fui parar ao Hospital [—]. Mas consegui, realmente, fazer parte da... da... da... da equipa e... e foi muito à minha conta que se fez a Unidade de Intensivos! Consegui ter, depois quando saí dos Intensivos, um excelente Serviço de Medicina! Aquilo funcionava muito bem! Quando, normalmente, os Serviços de Medicina funcionam tão mal, não é? Aquilo funcionava muito bem! Muito bem! Tive sorte...

**E: Mas quais são os maiores contributos que resultaram da sua experiência para a sua reflexão?**

M: A minha reflexão sobre...? Não estou a perceber a pergunta.

**E: Quando... quando pensa na sua experiência, quais foram os maiores contributos que advieram destes anos todos de trabalho? Isto já é uma retrospectiva...**

M: Não, mas é mesmo isso que eu lhe disse. É saber... saber estar com qualquer tipo de pessoa. Eu sei estar com qualquer tipo de pessoa neste momento. Sem qualquer sentimento de... de distanciamento ou de superioridade. Já sei o que tu és: és A ou és B ou és C. Não! Estou mesmo tão à vontade que eu nem sequer penso se és A ou B ou C! Vem o rei, vem o... vem o [—] e eu estou à vontade sempre! Sem pensar: agora tens que fazer assim, porque este reage assado, ou agora tens que fazer assado porque este reage assim! Não! Estou mesmo completamente à vontade esteja quem estiver! Esteja quem estiver! Não... Sem eu ter que pensar como me hei de comportar, como hei de falar, o que hei de dizer...

**E: Mas isso tem muito pouco a ver com a Medicina. Tem muito mais a ver consigo!**

M: Tem muito que ver com a Medicina! Tem muito que ver com a Medicina...

**E: Tem?**

M: Tem! Tem muito que ver com o tipo de Medicina que eu fiz, com a Medicina Interna! Porque lidei, realmente, com todo o tipo de gente. Porque lidei mesmo com todo o tipo de gente. E lidei com interesse! É isso... É conhecer as pessoas... Eu tinha que as conhecer, porque se... Eu também podia andar a viajar pelo mundo todo e lidar com amarelos, pobres, ricos, às riscas, às pintas... Mas se não tivesse o contato com eles também não... não aprenderia a estar com eles. Não resultaria. E... e isso é que vem da Medicina, porque tive que estar com... com este tipo de gente... com todo o tipo de gente. É que, realmente, agora cheguei a uma fase em que estou bem com qualquer tipo de gente. E isso vem da Medicina! Isso vem da Medicina!

**E: Tem razão... E agora, em relação ao tema que aqui me traz, o que eu lhe queria perguntar reporta-se à sua experiência pessoal com pedidos de morte medicamente assistida. Consegue-me descrever a sua experiência pessoal com todos os pedidos de eutanásia e/ou de assistência ao suicídio que recebeu ao longo da sua prática clínica?**

M: Eu... Eu não resisto a contar-lhe um... um... um episódio que me tem servido de base para contrariar os pedidos que mais tarde me surgiram. Eu... eu fiz Psiquiatria. E, durante o meu trabalho em Psiquiatria, conheci uma jovem (de [—] [< 30] anos, com uma esquizofrenia), que comecei a seguir em consulta e com quem tinha muito boa relação. Tinha um perfil... A [—] tinha um perfil de menina bem comportada. E, um dia, apareceu-me com a irmã, pede-me consulta de urgência, mas aparece com um ar todo muito bem-disposto e a irmã com um ar muito zangado. E vira-se para mim e diz: Doutora, os Doutores existem para nos ajudar, para nos tirarem sofrimento! Sim, eu disse, claro [—], e então? E, então, preciso da sua ajuda, porque eu quero suicidar-me e não quero sofrer e, então, quero que me ajude a suicidar. E eu disse: pronto [—], mas... mas primeiro tens que me explicar porque é que te queres suicidar. E ela disse: oh Doutora, já viu?; viver é muito perigoso, pode-se morrer! Pronto... Isso serviu-me de base, mais tarde, para encerrar alguns pedidos de suicídio que eu tive, nomeadamente quando... quando estive em consultas durante a minha formação de... de... de Infeciologia. Consultas de doentes com Sida, uma doença muito estigmatizada. E... e, por duas ou três vezes, apareceram-me pessoas que... que... que se queriam matar e que queriam assistência no suicídio, porque... porque tinham Sida. E eu respondia-lhes com este exemplo: você está-me a dizer o mesmo que a [—]; quer-se matar, porque vai morrer...; mas ela era esquizofrénica, você não é!; que história é essa de se querer matar porque vai morrer? Só tem lógica numa cabeça esquizofrénica, não é numa cabeça normal! Utilizei muitas vezes esse exemplo que a [—] me deu. E é um bocado como eu encaro a eutanásia hoje em dia. Considero-a e o suicídio assistido... Considero-os completamente desnecessários e... e um problema essencialmente económico. Se houvesse realmente uma... uma rede assistencial e... e na área da... da... dos cuidados terminais, uma rede de Paliativos realmente eficiente, não havia necessidade de... de... de os doentes recorrerem ao suicídio, à morte assistida, à eutanásia, o que quisessem... É tudo... é tudo resultado de... sobretudo de solidão e de falta de assistência médica para obviar os sintomas. O... O caso mais recente que eu tenho...

**E: Pode começar numa perspetiva cronológica? Aqueles pedidos de que se lembra... Pelo menos aqueles mais... mais recordados recordados na sua memória. Os pedidos que recebeu, quer de assistência ao suicídio quer de eutanásia.**

M: Eu lembro-me muito bem de 3! 2 exatamente na... na área da... da Sida, em que era um... um homem que... que... que pediu o suicídio. Ficou a saber que era HIV positivo, nem sequer tinha ainda qualquer infeção ou qualquer situação oportunista que permitisse dizer que ele estava em Sida. Mas tinha uma situação terrível que era: ele não tinha, de modo nenhum, coragem de dizer à mulher e mais à... à outra parceira e aos filhos. E tudo isso e esse medo de encarar a... a situação familiar e a certeza de que iria ser uma ruína em termos... em termos de... de trabalho, o conhecimento dessa doença que, naquela altura, muito dificilmente era disfarçável, porque não havia a terapêutica que há agora. Portanto, rapidamente as pessoas passavam a ter sinais e sintomas que... que eram muito óbvios para a sociedade. Esse doente, então, preferia realmente o suicídio. Com esse utilizei este exemplo da... que lhe dei.

**E: Mas ele preferia o suicídio em que sentido? Como é que ele a interpelou a si?**

M: Ele pediu-me para o ajudar a suicidar-se. Queria morrer. Não queria continuar a viver. Não queria enfrentar o que vinha por aí em termos de doença e não tinha coragem de...

de... de receber o castigo, como ele dizia, o castigo por parte da família e da sociedade. Considerava que isto era... que a doença era um castigo pelos seus maus comportamentos, neste caso, sexuais e não... não tinha coragem para os enfrentar. E, portanto, achava preferível morrer e pediu-me declaradamente numa consulta: Doutora, eu quero suicidar-me, não sei como é que hei de fazer, não tenho coragem para me atirar para debaixo de um comboio, tem que me ajudar! E depois começou a... a... a picar-me, a provocar-me, dando exemplos do que se fazia no estrangeiro, nos países mais civilizados.

**E: Em relação a quê?**

M: Ao suicídio assistido... Ao suicídio assistido... Ele falou-me... falou-me nesses países mais civilizados onde se fazia e, portanto, nós também deveríamos começar... O desenvolvimento com esse doente foi... Infelizmente, na altura, não havia apoio de psicóloga disponível. Foi o falar praticamente todos os dias, durante quase um mês, banalizando... Eu tenho muito a ideia de que falando muito do sofrimento, o sofrimento acaba por ser banalizado. E, realmente, falando muito da doença, ele acabou por... por achar que a doença fazia parte da vida. Como faz! E... e acabou por arranjar maneira de falar primeiro com a mulher. Com a família acabou por nunca falar. Felizmente foi um doente que correu bem. A doença correu bem. Ele nunca teve, realmente, situação nenhuma que o fizesse ter problemas no trabalho e, portanto, isso foi ultrapassado. Mas foi uma... foi uma semana muito difícil. Uma semana... Um mês! Mas a primeira semana foi... Isso, lembro-me perfeitamente. Foi muito difícil.

**E: E porque é que diz que foi muito difícil? Porque ele rejeitou a sua ajuda?**

M: Não, ele aceitou! Ia lá todos os dias... As pessoas que se querem matar... Já me faz lembrar o poeta, não é? Se te queres matar, porque não te queres matar?; eu, se me quisesse matar, que tanto amo a vida e a morte, se me quisesse matar, matava-me! Não... As pessoas não querem morrer. Querem matar-se, mas não querem morrer. As pessoas não querem é enfrentar determinados problemas, determinadas dores, determinadas situações. Não querem! Não querem dizer à mulher, não querem ter dor, não querem suportar as consequências no trabalho de se saber que têm uma doença que é muito estigmatizada. Não... Não é exatamente querer morrer. As pessoas não querem morrer! Ninguém quer morrer! Ninguém quer morrer! Não querem é sofrer! Não querem é ter que viver determinadas situações.

**E: Mas o que esse doente lhe pediu foi ajuda para...**

M: O suicídio, sim!

**E: E o segundo pedido, qual foi? Aquele de que se recorda também penso que foi...**

M: Foi na mesma área e foi exatamente muito parecido. Não... não... não foi... Não foi tão complicado. Infelizmente, porque o doente teve uma complicação muito rápida e rapidamente faleceu. Não durou um mês, esse doente. Mas foi exatamente nos mesmos termos e pelos mesmos motivos: não querer dizer à família. Esse tinha mais o estigma de ser homossexual. Então, não queria mesmo que a família soubesse não só que ele tinha Sida como que ele era homossexual. Ele não tinha um parceiro, tinha uma data deles. Ele era um bocado promíscuo. Mas esse teve... teve realmente uma... uma situação extremamente grave de doença oportunista e... e não sobreviveu um mês. O outro é que

correu bem, sim senhor! (*silêncio*) A última é o caso de... de uma colega que... que... que faleceu o ano passado, na... na sequência de uma neoplasia da mama. Uma mulher [—]. Uma mulher [—] que, portanto, teve um percurso de vida de grande lutadora. Portanto, veio-se embora quando, no país dela, não dava para sobreviver. Veio para aqui, fez de tudo para conseguir exercer a sua profissão. Lá conseguiu começar a exercer a profissão. E apaixonou-se e teve um filho que, quando ela morreu, tinha [—] [< 20] anos. Portanto, numa altura em que ela finalmente estava, como ela dizia, com a vida equilibrada. Porque já conseguia ter a sua casa, já conseguia educar o seu filho sem... sem depender muito do pai do miúdo, que entretanto se tinha afastado. Aparece-lhe o tumor da mama, que tinha aparecido um ano antes e que nunca correu bem, nem a cirurgia nem a quimioterapia. Foi... foi uma coisa extremamente agressiva. Esta rapariga manteve-se sempre a... a trabalhar, a fazer uma vida absolutamente normal. Ela, no dia em que foi internada, tivemos quase que... que a obrigar a ser internada, porque nós víamos que ela estava com dificuldade respiratória. Deixou fazer exames, eu vi os exames e mostrei-lhos. Disse-lhe: os teus pulmões já não aguentam, isto está mesmo muito mal. Mas eu não estou cansada! E arfava, arfava, arfava! Portanto, numa negação até ao fim da... da realidade da situação. Quando finalmente se convenceu perante o exame, virou-se para mim com um ar extremamente duro (ela era uma fofinha!), com um ar extremamente... extremamente duro: espero que cumpras o teu dever, eu não quero que isto passe de hoje!; portanto, espero... conto contigo para que isto não passe de hoje!; estás a ouvir? E eu disse: a gente já conversa, vamos lá, vai deitar-te e não sei quê... pôr oxigénio, também estás com falta de oxigénio nessa cabeça, a gente conversa e não sei quê...! E depois, entretanto, ela era ortodoxa. Lá consegui desencantar... Pedi a uns amigos que desencantassem um padre ortodoxo, que lá veio falar com ela. E depois, quando entrámos para começar uma sedação, ela voltou a insistir: não te esqueças do que eu te disse!; eu conto contigo para isto não passar de hoje!

**E: Como é que percebeu que aquilo que estava por trás dessa ordem era um pedido de eutanásia?**

M: Ela queria mesmo acabar! Já chegou ao fim... as capacidades dela. Ela tinha a noção de que dali era só a morte. Então não queria demorar muito tempo até morrer! Porque achava que era um disparate! Achava que era desnecessário, que era um sofrimento para todos os... os que a rodeavam, sobretudo para o filho de [—] [< 20] anos. E, portanto, queria que ficasse ali.

**E: Mas ela nunca lhe falou expressamente de nada? Pediu-lhe sempre desta forma indireta?**

M: Não pode ser de outra maneira! Quero que não passe de hoje...! Não pode ser... Não pode ser entendido de outra maneira!

**E: Você percebeu claramente o que é que ela lhe estava a pedir?**

M: Toda a gente que estava...! Até o padre! Começou logo a reclamar lá na língua dela. Até o padre! Eu não quero que isto passe de hoje...! Não há outra interpretação a dizer... a dizer isto. Dizer de outra maneira (quero que tu me faças a eutanásia!) era um bocado histriónico. Ela é uma pessoa... era uma pessoa de low-profile. Eu não quero que isso passe de hoje...! Ao que eu respondi: o que tu não queres é ter sintomas!; e isso te garanto

eu! Ficou assim a olhar para mim (*expressão facial de estupefação*): mas, mais do que hoje, eu não quero!; não quero nem mais um dia! E eu disse: oh miúda, tu não queres... vê bem o que é que estás a dizer!, tu não queres é ter sintomas!; tu sabes em que situação é que estás e não queres ter sintomas, inclusivamente o que estás a sentir agora, que é uma enorme falta de ar, mal consegues falar!; tu não queres é ter sintomas! Ficámos assim montes de tempo... Não deve ter sido, mas ficámos montes de tempo a olhar uma para a outra com o pessoal à volta todo calado. Que isto foi dito com presença de colegas amigos dela (três, duas raparigas e um rapaz), o padre, eu e ela na cama. O filho estava lá fora, felizmente! E... E ao fim de um tempo, que pareceu imenso, ela disse-me: pois, é isso que tu dizes... eu não quero é ter sintomas. E eu disse-lhe: vou-te dar medicação suficiente para não sentires nada; provavelmente vais adormecer, porque as doses que eu te vou dar, para não sentires nada, não... não permitem que estejas de olho aberto. E ela disse: pronto, está bem, isso é bom... preciso de dormir. Pronto... Muito serena... Depois estive lá quase uma hora a falar com o filho, até eu ir pôr a... a sedação. E durou dois dias. Também não durou muito mais. Aqueles pulmões já não existiam. Aqueles pulmões já não existiam! No caso desta mulher foi nitidamente... Ela viveu uma vida “normal” enquanto pode. Já não aguentava mais, porque até nós dizíamos: não podes trabalhar a arfar dessa maneira!; quer dizer: parou, acabou!; vais-te tratar agora, vais sossegar, vais... vais... vais... vais sossegar e descansar!; não estás capaz de fazer uma vida normal! Então, se não estás capaz de lutar, que foi o que ela fez a vida toda, não é? Tinha uma vida de luta... Então era para acabar rapidamente! Esta foi a última... Foi muito impressionante! Esta foi muito impressionante! Muito nova, muito gira, muito... muito boa médica, muito lutadora, muito... trabalhava que se desenhava para... para... pronto, para se... para se sustentar a ela e ao filho. E não tinha ajudas de mais ninguém, não é? Estava cá sozinha com o miúdo. Muito sozinha! Não tinha família. Não tinha ninguém. Só tinha o filho. Portanto, se não era para... se não conseguia viver mais, queria acabar rapidamente, naquele dia. Não queria durar mais!

**E: Como é que interpretou...? Porque são bastante diferentes os três pedidos.**

M: São!

**E: Os primeiros dois são diferentes deste último pedido... E como é que interpretou esses pedidos? Já me disse que para si... Inicialmente falou-me que as pessoas não querem é sofrer ou não querem é aceitar as implicações que, muitas vezes, decorrem sobretudo naqueles casos... A questão da Sida é muito paradigmática nesse sentido. Mas reportando-se também a este último pedido, como é que os interpretou e que lhe significado é que lhes atribuiu... ao pedidos que recebeu?**

M: São sempre pedidos de socorro! Não é? As pessoas não estão a pedir para morrer. As pessoas não querem morrer, como já lhe disse. São pedidos de socorro! Ajuda-me de alguma maneira! Sei lá eu... Pessoas que não querem morrer, mas que querem ajuda e não sabem pedi-la! Porque, se soubessem, diziam exatamente o que é que querem! Eu quero um analgésico! Eu quero um quilo de açúcar! Quero um chocolate! Mas não sabem! É uma situação nova, que as desestruturou completamente dentro da sua realidade e... e para a qual não conhecem exemplos ou não conheciam naquela altura. O que é que havemos de fazer? Vamos morrer! É um grito de socorro! Ajuda-me, que eu não me estou a sentir bem, não sei o que é que hei de fazer à minha vida, tanto que já só penso

em morrer, porque não sei fazer... não sei que mais hei de fazer. Isto é um pedido de socorro! Um pedido de... de... de... de suicídio assistido, um pedido de... de eutanásia é um pedido de socorro! Não se justifica, com a medicação que temos ao dispor hoje em dia, nenhuma da... em nenhuma situação. Não se justifica! Eu costumo dizer que é tudo uma questão económica, porque... E dou o exemplo do... do Super-Homem. Já não me lembro do nome dele. Valha-me Deus! Só que o Super-Homem tinha ar e conversa e comportamentos de quem vivia feliz da vida completamente paralisado do pescoço para baixo, depois de ter tido a vida e o sucesso que teve! Só que tinha um poder económico que lhe permitia uma vida extremamente interessante e agradável, não é? Nunca houve qualquer referência a que o Super-Homem... Pelo contrário! Ele participava em conferências contra... contra isso e a favor de... de... de um aumento do apoio dos Estados a... a... a pessoas com... com os problemas que ele tinha. E, se as pessoas que têm problemas físicos que lhes causam sofrimento ou incapacidades, mas se tiverem uma vida com qualidade, vão querer morrer porque? Se a pessoa está em estadio terminal de uma doença oncológica e estiver confortável e com... com a sua dignidade completamente ressalvada de... de interferências por vezes exageradas, porque é que hão de querer... hão de querer morrer hoje e não daqui a três dias? Não é? Porquê hoje? Porquê hoje? Agora, aos Estados fica muito mais barato, com certeza, a eutanásia. Ah, muito mais! Há uma fotografia excelente, que eu utilizei muito há anos atrás, quando fiz... quando dei formação em Paliativos, que eu punha sempre no... no fim das sessões. Que é uma fotografia de um... de um... de uma rua... de uma rua com... com mau aspeto, velha, na [—], que fica nas traseiras de uma clínica de... de... de morte assistida. E, então, havia lá uma data de sem-abrigos com ar miserável, com ar doente, esticados... estendidos pela rua. E, depois, a reflexão é esta: mas porque é que se gasta tanto dinheiro no suicídio assistido em vez de se gastar nestes gajos? É uma questão económica! Fazendo as contas, fica mais barato! Os Cuidados Paliativos é muito caro! É muito caro! Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados... É muito caro! Por isso é que também nunca mais acontecem em... em número... em número realmente...

**E: Mas os Cuidados Paliativos também poupariam muito ao Estado nos outros tipos de cuidados.**

M: Ah, claro! Claro! Mas as pessoas... as pessoas... as pessoas fazem contas a curto e, raramente, a médio prazo. A longo prazo nunca fazem, não é? Porque já não é o mesmo governo, porque é outro governo, porque é outra instituição, porque é outro não sei quê...

**E: Pois, mas... mas teria implicações benéficas, mesmo do ponto de vista económico.**

M: Claro que sim! Claro que sim! Agora, realmente, a eutanásia sai mais barato. Muito mais! Muito mais!

**E: Queria-lhe perguntar também... Tendo recebido mais do que um pedido (como recebeu, pelo menos, três...), gostava que fizesse uma retrospectiva dos três pedidos recebidos e que me dissesse qual é que foi o mais difícil ou mais significativo para si.**  
M: O mais difícil de... de...?

**E: O pedido mais significativo para si... Qual é que foi o mais impactante, na sua perspetiva?**

M: Por estranho que pareça, aquele que não era real. Porque... O da esquizofrénica! Porque eu, aí, não tinha mesmo resposta. É muito difícil entrar na cabeça de uma pessoa que tem um mecanismo muito próprio de raciocínio. E foi-me extremamente difícil convencê-la de que isso não tinha cabimento. Foi... foi uma conversa irrereal. Foi um comportamento irrereal, em que tive que entrar no mundo dela e fazer de conta também. E, portanto, eu estava a não ser eu. Estava a ser outra criatura qualquer para conseguir convencê-la a desistir da ideia. É um sentimento de impotência terrível! Eu não sabia o que é que estava a fazer. Não sabia o que é que estava a dizer. Ia muito intuitivamente atrás dela e... e... e, pronto, lá acabou por resultar. Se calhar, porque ela ficou cansada de me ouvir. *(risos)* Completamente! Era uma esquizofrénica! Oiça... Nos outros, afetivamente, fiquei... fiquei... Quando tenho uma colega novinha, que podia ser minha filha, a dizer-me o que esta do ano passado me diz, apetece-me pegar nela, pegar... sentar ao colo: coitadinha, pronto, e não sei quê... Coisa que eu não podia fazer naquele motivo. Tinha que a obrigar a raciocinar, a pô-la a pensar. E, por isso, fiquei muito quieta, a olhar para ela: tu estás-me a dizer que queres não ter sintomas!; o que tu queres é não ter sintomas! Até obrigá-la a... a... a raciocinar o que é que realmente queria. Uma pessoa que a gente conhece no dia-a-dia, com quem trabalhou... É um bocado duro! Isso foi um bocado duro, porque eu queria era pô-la ao colo: coitadinha, pronto, beijinhos, sim, está bem, faz de conta, mentir... É o que apetece fazer quando... quando a gente gosta de uma pessoa e já a conhece há muito tempo. Apetece mentir como a gente faz aos miúdos de 3 anos: ai eu não quero que tu morras! Não, eu nunca vou morrer e tu também não! Somos eternos! Quando temos ligações afetivas é o que apetece. Apetece fazer de conta, não é? Aquelas fugas infantis: está tudo bem, vamos imaginar que estamos numa praia, que está tudo bem, tu estás aqui, estás sossegadinho... É... É o nosso desejo e era aquilo que me consolaria a mim. Em vez de ter sido firme e direta para a pôr em frente a toda a gente a dizer que sim, que o que queria era ter... deixar de ter sintomas e... e não despachar rapidamente, ainda hoje, o assunto, como ela dizia. Custou! Custou! Ainda por cima, lembrando-me de toda a luta que aquela rapariga teve na vida até conseguir ter uma vida equilibrada, tanto monetariamente como afetivamente. Uma lutadora! E, quando a luta estava ganha, acabou! Acabou! Vitória, vitória... até à derrota final! Não é? Foi... Foi o que custou mais! Foi o que custou mais...

**E: Em relação ao pedido dela... Falou-me em relação ao fato de ter-lhe sido difícil o caso dela e falou-me na questão da religiosidade dela. Para si houve algum elemento difícil nesse sentido? Em termos religiosos ou espirituais? Alguma componente terá tido, porque me disse que tentou arranjar um padre ortodoxo.**

M: É assim... Vamos lá ver! Eu sou ateia. Completamente! Mas não vou com certeza, nos últimos dias de vida de quem quer que seja, pôr em causa ou ajudar a pôr em causa convicções de não sei quanto tempo. Eu perguntei a um amigo mais íntimo dela e a outras duas que estavam ao pé se ela era religiosa. E... e... e ele disse-me que sim. A outra disse-me que não: ela zangou-se com a igreja! E eu disse: quem zanga, está ligado! Quem zanga, está ligado! Ela zangou-se com a igreja, deixou de frequentar a igreja e insulta os padres... Está zangada, está ligada afetivamente! Portanto, ela... Acho que se lhe devia perguntar se queria, ou não, que se chamasse um padre ortodoxo. E esse rapaz achou que sim, que ela havia de querer e ela quis! E ela quis! Depois lá estiveram uma hora fechados a conversar. Não é altura para pôr em causa as crenças das pessoas! Pelo



contrário! Acho, e foi o que eu fiz, que se deve ir buscar as crenças das pessoas! Não é? Porque uma coisa é dizer... Ah, a maior parte são, como dizem aqui, católicos não praticantes. Nunca mais põem os pés na igreja, a não ser para ir aos casamentos dos amigos e ao seu próprio, e não ligam nenhuma nem têm nenhuma ligação com os padres. Mas têm crenças! E têm crenças que ficaram muito arraigadas desde... desde crianças, sobretudo o... o... o medo do castigo após a morte, não é? O grande receio do inferno. E, portanto, eu estímulo nas pessoas... Pergunto sempre! Pergunto sempre! E... e... e... Há tempos atrás, uma psicóloga dizia, numa formação que tivemos, que não devíamos abdicar das nossas convicções junto dos doentes, mesmo para os ajudar e eu achei que ela estava perfeitamente enganada. Se um... um doente que está a morrer, e eu vejo que está a morrer, me pergunta se eu acredito na vida eterna e no paraíso, eu digo: ah, com certeza! E se for um árabe e me perguntar se lá há 50 virgens, há 1050! Isso não tem importância nenhuma nessa altura! Não é?

**E: É o conforto emocional que se pode proporcionar às pessoas.**

M: Claro! É o que a pessoa precisa de ouvir! Quero lá saber se é verdade ou se é mentira. Não é? E, às vezes, tem tanto efeito como a morfina que eu vou dar a seguir! Não é? É importante: levas morfina e levas que, sim senhor, há paraíso e, se fores árabe, há lá virgens! Pronto, não... Nessas situações, acho que não tem qualquer importância... qualquer importância aquilo em que acreditamos. Eu sou completamente atea, mas em relação à... à... à miúda, então, à [—], depois de ouvir a colega a dizer que ela estava zangada com a igreja... Ui, se está zangada, é porque há afetividade, é porque a igreja existe. E, portanto, mais vale realmente...

**E: Foi um pensamento bem... bem...**

M: Mas é! Se ela está zangada é porque a igreja existe! É porque a religião existe! Eu não estou zangada com religião nenhuma nem com Deus nenhum! Estou-me, desculpe a expressão, perfeitamente nas tintas! Ora, ela está zangada! Se está zangada, existe! E estar zangada com... com uma religião em vésperas de morrer, é duro! É um bocado duro com certeza. E... E pronto. E correu bem! Lá... lá... lá se encontrou o padre ortodoxo, que aliás... Quem ajudou a encontrá-lo, porque telefonou diretamente ao bispo deles, foi o nosso padre daqui, católico. Que eu disse... disse: olhe, não sei onde é que há padres desses, veja lá...! Chamei-o: eu não sei onde é que há esses padres!; o senhor se calhar sabe, veja lá se me arranja um padre ortodoxo! Com certeza, é já! E meia hora depois estava aí. Porque ele telefonou ao bispo lá da... da igreja ortodoxa e... e o bispo mandou cá um padre.

**E: Fez a ponte...**

M: Fez a ponte. Fez a ponte. Não... Para ela foi importante, com certeza! Esteve lá que tempos... E estava realmente... Depois de falar com esse padre e com o filho, estava extremamente serena.

**E: Estava?**

M: Muito serena! Muito serena! Muito serena!

**E: Eu queria fazer-lhe algumas perguntas em relação à doente. Disse-me que ela era nova... a sua colega era nova.**

M: Sim, sim! [—] [< 40].

**E: [—] [< 40] anos?**

M: [—] [< 40] anos!

**E: Portanto, ela tinha... tinha o curso de Medicina, não é?**

M: Sim... Tirado no [—]. Eu já nem me lembro qual era o país dela. Um país [—]. E, pronto, daquelas que vieram fugidas, estiveram a fazer de empregadas de balcão e a limpar casas até conseguir... até que houve aquele ano em que começaram a dar cursos de... de..., na Faculdade de Medicina, de um ano, a esses colegas para..., com língua à mistura, para depois fazerem exames de equivalência. Fizeram exames de equivalência e começaram a... a exercer.

**E: Eu ia-lhe perguntar qual era o estado civil, mas disse-me que ela...**

M: Tinha tido uma relação que...

**E: Não se casou? Não era divorciada? Nada disso?**

M: Não, não se casou. Tinha tido uma relação com um fulano [—], creio eu, que ainda ia e vinha muitas vezes. E... e... e ele, de vez em quando, aparecia aí, portanto, deviam manter alguma afetividade. E, dessa relação, nasceu um miúdo que... que, quando ela morreu, tinha [—] [< 20] anos. Tinha [—] [< 20] anos.

**E: O miúdo ficou entregue...**

M: Com o pai. O pai, depois, veio... veio cá buscá-lo. O pai não conseguiu chegar a tempo de... de estar com a rapariga. Ele disse que quando... Porque ela não quis avisá-lo! Porque ela nunca quis encarar que aquilo estava mesmo a acabar!

**E: Não?**

M: Só... só... só... Foi obrigada a encarar naquele dia! É médica, viu a TAC, não teve outro remédio se não acreditar que... que estava a acabar, não é? Tudo isso foram dois dias! E morreu dois dias depois. Portanto, num dia é confrontada por... por alguns de nós a dizer: não estás em condições de trabalhar, deixa-te internar, vamos tentar resolver melhor estes sintomas, tentar fazer isto, tentar fazer aquilo! Mas ela sempre a dizer: e que não, e que estou bem e não sei quê..., e que não dormi e que estou nervosa, por isso é que estou assim! Aquelas desculpas todas a... a... a... Nesse segundo dia, conseguimos que fizesse a TAC, que era para ver com os olhos dela como é que estavam aqueles pulmões. E... E pronto! E, nesse mesmo dia, foi quando ela me pediu: acaba rapidamente com isto, não quero que passe de hoje! Pronto... Foram mais dois dias, mas sedada! Já sedada! Como queria...

**E: Mas o que ela lhe queria pedir era a sedação?**

M: Não! Ela... ela queria acabar rapidamente com isto! A sedação é o... é o resultado de... da dose de morfina que eu dou para ela não sentir a dificuldade respiratória. Acaba por dormir... E a sedação é um bem nos estádios terminais, não é? É um bem importante, mas

também tive casos contrários. Tive casos de... de... de doentes que recusaram qualquer tipo de sedação até ao último minuto.

**E: Recusaram?**

M: Sim. Esses é que me impressionam! Não são os que pedem a eutanásia. Não percebo! Uma pessoa está a sofrer e, até à última, não quer... não quer nem sedação nem qualquer tipo de analgesia que possa pô-los um bocado sonolentos. E também já me aconteceu... Esses é que me impressionam! Uma pessoa prefere o sofrimento... Não se percebe bem porquê.

**E: Nunca lhes pergunta porque é que eles se recusam? Ou tenta perceber...**

M: Não é necessário, dizem eles... Não é necessário, eu estou bem! E a gente vê que não está! Muitos fechados, fecham-se em si... Tive um caso há pouco tempo. Uma mulher também muito nova, mesmo até... Essa... essa era muito religiosa. Essa era... era uma chefe espiritual de uma seita qualquer. Uma diácona, uma coisa assim, não sei... Sei que era... que era extremamente religiosa e que era uma pessoa que era procurada por outros para aconselhamento religioso e espiritual. Nã nã nã... E que deixou... deixou prolongar a sua situação de doença que... Uma família muito difícil de perceber. Tinha marido, tinha uma filha e, quer dizer, qualquer pessoa (mesmo analfabeta) olhava para aquela criatura e via que ela estava muito mal. E ela só veio parar aqui às Urgências quando já não conseguiu andar. E tinha, realmente, um tumor completamente metastizado e caquética, pele e osso! Pronto... Mas, ainda assim, muito nova, com bom coração, de maneira que durou ainda algum tempo, um mês e meio. E nunca, até muito ao fim, já com..., quase sem forças para falar: não é preciso, eu estou bem, Deus é que sabe, Deus ajuda-me, vou quando...! Pronto, uma conversa religiosa desse tipo. Mas está com dores! Mas é para meu bem... Não é para seu bem! Eu vejo que está com ar de sofrimento, qual é o bem de...? Pronto, muito mística e, na verdade, são as tais situações que eu tenho dificuldade de compreender.

**E: Foi intransponível...**

M: Completamente! Completamente! Sempre muito serena, muito... Até ao fim! Tipo mártir. Aquelas coisas que se vê nos filmes e nas histórias. Isso custa mais... Isso custa muito mais! Isso custa muito mais!

**E: Um pouco difícil de compreender... para mim!**

M: Claro! Mas é isso! Custa muito mais, porque não sei lidar com isso, porque não percebo como é que... Para onde é que vou? Que volta é que hei de dar?

**E: Não pode dar, porque a pessoa não quer que dê!**

M: Esta... esta... esta não dei! Esta foi mesmo até ao fim! Já estava incapaz de tomar decisões quando a filha me pediu: sede a minha mãe!; não quero que ela abra os olhos, não quero que ela gema, ponha a minha mãe a dormir! Foi a pedido da filha, porque ela já não estava capaz. Já estava completamente na ausência de... das suas capacidades. Foi a filha.

**E: Ah, mas a filha depois permitiu que a mãe fosse sedada.**

M: A filha! Mas no fim, muito lá no fim! Porque enquanto ela pôde falar, ela é que sabia, ela é que queria, ela é que mandava! Os outros dois completamente...

**E: Arredados da decisão.**

M: No quarto, mas distantes à espera do que é que ela queria. Isso é que é difícil! Isso é que é difícil!

**E: E, no caso da... da... da... da... desta sua colega, eu queria-lhe perguntar... Pois, ela não tinha... ela não tinha ninguém. Não tinha cuidadores. Na altura estava internada, quando ela lhe fez o pedido de eutanásia? Já estava internada?**

M: Foi no dia em que eu a internei. Foi tudo, como lhe digo, muito rápido! Não é? Foi eu a abordá-la para lhe dizer: não estás bem, não estás em condições de trabalhar, pára de trabalhar! No dia seguinte lá se convenceu e fez a TAC. E com a TAC já deixou internar. Isso foi no dia em que ela fez a TAC. Foi tudo no próprio dia! Depois... Morreu dois dias depois.

**E: Disse-me que ela tinha uma neoplasia...**

M: Da Mama! Toda metastizada...

**E: E quando viram... quando viram a TAC, qual era o prognóstico?**

M: A TAC desse dia? Não tinha pulmões já... Estava a morrer. Ela estava a morrer. Ela não tinha pulmões para respirar. Ela estava mesmo a morrer! Durava mais uma semana, durava mais uns quinze dias... em sofrimento, quando muito... Era o que fazia pensar aquela TAC.

**E: Pois, talvez só depois de a ter visto é que ela...**

M: Reconheceu! Mas ela também não via porque não queria ver. Ela podia fazer uma TAC quando... a qualquer altura. Ela deixou de ir... A partir do momento em que deixou de fazer quimioterapia, porque já não fazia efeito e não..., pura e simplesmente deixou de fazer exames. Ela não queria tomar conhecimento da situação! Ela não queria tomar conhecimento que não podia...

**E: Ela conseguia trabalhar já com a quimioterapia terminada e com o cabelo caído?**

M: Ela estava... Ela... ela... ela fez quimio e, depois, o cabelo voltou a crescer. Mas fazia peruca. Ela estava a trabalhar no dia em que a gente lhe disse: não trabalhas mais!; não aguentas! Ela estava a trabalhar! Ela trabalhou até três dias antes de morrer! Nós... Os colegas dela, à volta dela no banco, é que a obrigaram a fazer a TAC, porque ela arfava, estava com falta de ar! Andava de um lado para o outro com falta de ar!

**E: É preciso muita coragem, não acha?**

M: Há diferente tipo de reações... Há pessoas que... que, assim que sabem que têm uma doença que é... que é letal a curto ou a longo prazo, que mudam completamente de vida e vão vadear, vão passear e não sei quê. E há outras que acham que fazem... o melhor que têm a fazer é fazer exatamente aquilo que estavam a fazer até ao fim!

**E: Foi o que ela fez.**

M: Foi o que ela fez! Depende das pessoas...

**E: Só me custa entender como é que você considera essa conversa foi um pedido de eutanásia, porque ela não... Tudo bem que há... Para mim, esse pedido também está subentendido, mas é que ela não foi explícita na forma como ela...**

M: É chocante uma colega dizer à outra: mata-me! Ou: eu quero morrer, dá-me lá aí uma... faz-me lá aí a eutanásia! Não... Foi a maneira que ela teve, delicada, educada...

**E: Mas o que é que vocês subentenderam claramente? Era... Foi assim tão óbvio?**

M: Foi! Eu sou a médica que dá apoio aos doentes oncológicos em vários estádios, inclusivamente o estadio terminal, em Paliativos. E ela chama-me e diz: conto contigo!; eu não quero que isto passe de hoje! O que é que pode ser? (*silêncio prolongado*) E, depois, eu digo-lhe: tu não queres é ter sintomas!; eu vou tirar-te os sintomas! E ela diz: está bem, tira-me os sintomas, mas que isto não passe de hoje!; tem que ser rápido!; que isto não passe de hoje! Muita pressa, muita pressa, muita pressa...

**E: Ter pressa para morrer é que é qualquer coisa...**

M: Então vá, já que é para morrer, vamos depressa! É uma pessoa decidida! É uma pessoa lutadora! Não é? Já que é para morrer, vamos morrer rapidamente! Paremos lá com... com essas mariquices, vamos morrer rapidamente! Conto contigo para isso! Foi mais ou menos... É isto... Uma pessoa nunca pede diretamente a eutanásia.

**E: Hm... Pede!**

M: Não! Estes oncológicos? Não! Dizem que... que já chega, que não querem viver mais, que não sei quê... Agora, dizer a palavra eutanásia?

**E: Não, dizem: ajude-me a morrer. Dizem qualquer coisa deste género, mas dizem!**

M: Sim! Sim! Isso é diferente! Eu queria morrer já... Muitas vezes me dizem isso.

**E: Não! Eu quero morrer já, mas ajude-me para que eu consiga antecipar a morte!**

M: Sim! Sim! Sim! Sim! Sim!

**E: Não é só o querer morrer, mas é também interpelar um médico para que ajude a pessoa a alcançar a morte. É fazer um pedido de eutanásia!**

M: Não, mas esta fez! Sem dúvida! Não havia outra maneira de o dizer! Não havia outra maneira de dizer!

**E: Mas não houve aqui uma conversa prévia sobre a morte medicamente assistida para ela, depois, ter solicitado diretamente a sua ajuda para morrer?**

M: Não, porque sou... sou a médica... Os doentes oncológicos, quando estão internados, seja por qualquer motivo... Desde a unha encravada até a uma situação gravíssima de dificuldade respiratória, de estadio terminal ou de início de Cuidados Paliativos... Sou eu que tomo conta deles! É essa a minha... a minha função neste hospital. Faço, [—] por semana, urgência aqui, porque tenho experiência de Cuidados Intensivos, mas eu fui contratada para o hospital para isso... para dar apoio de Medicina Interna (que é o que eu sou, internista) aos doentes oncológicos internados. Portanto, qualquer doente oncológico

deste hospital, tenha o que tiver, é internado na minha tira. E, depois, eu logo lido com a situação. Ou é uma complicação cirúrgica e chamo o cirurgião, ou é a quimio que deu efeitos colaterais e... e temos que tratar esses efeitos colaterais, ou é para diagnóstico, ou é um doente que está em estado paliativo e que é internado para medidas de conforto.

**E: E desses doentes nunca recebeu pedido nenhum de morte medicamente assistida?**

M: Não... Não... Não... Só a [—]! Não... Há aqueles... aqueles desabafos: porquê sofrer assim?; mais vale morrer já! Isso não é um pedido de... de eutanásia.

**E: Pois não... Pode não ser... Mas este, concretamente, foi?**

M: Este foi! Ah, completamente! Isto foi! Não, ela olhava-me diretamente: tu sabes o que eu estou a dizer! Ela não... nunca esteve foi sozinha comigo! Nem se conseguia... Ela dizia-me diretamente: tu sabes o que é que eu estou a falar!; eu conto contigo!; isto não pode passar de hoje! De tal modo toda a gente percebeu, que o tal do padre, que nunca nos tinha visto, ficou... Ia já a sair, parou e voltou para trás e ficou a olhar para mim! Para ver o que é que eu dizia! Percebeu... Nitidamente para ver o que é que eu dizia! Não, foi... foi... Ficou tudo muito calado pela maneira como ela estava a dizer as coisas.

**E: Que nem era o tipo de personalidade que ela...**

M: Não...! Ela era uma pessoa alegre, meiguinha. Nunca se atreveria a dirigir-se a mim, que tinha idade para ser mãe dela, assim com essa autoridade, com essa frontalidade! A tratar-me por tu! Toda a vida me chamou Doutora [—], porque sou muito mais velha. Era o nosso hábito... E de repente: conto contigo!; tu sabes o que é que eu espero de ti!; e isto não pode passar de hoje! E eu disse: não, ouve o que eu te digo, tu queres é que eu te tire os sintomas!; é isso que me estás a pedir! E ela: está bem, mas não só!; não pode passar de hoje!; tem que acabar hoje!; não há interesse nenhum em prolongar por aí fora!; tem que acabar hoje! Depois dizia coisas lá na língua dela, que a gente não percebia. Ninguém percebia.

**E: Foi muito diretiva, então.**

M: Muito direta! Muito direta! A olhar-me nos olhos! A tratar-me por tu! A dizer o que é que queria! Ela não tinha confiança comigo... Era: bom dia, boa tarde, tudo bem contigo? Um cafezinho juntas... Não era minha amiga de casa. Não ia a casa dela, nem ela à minha! Era tudo daqui, não é? Esse tipo de confiança tinha com os outros médicos que lá estavam.

**E: E eles assistiram.**

M: E eles estavam ali a assistir. E, depois, não... Porque é que não pediu a eles? Porque é que me chamou a mim? Não é? É porque estava a pedir a eutanásia! Não se pede isso a um amigo, porque sabia que o amigo ia dizer que não. Aquela agora faz Paliativos, faz sedação terminal, e não sei quê, pode ser que... E chamou-me!

**E: Ai, acha que ela pensou...**

M: Porque é que ela me chamou a mim? Estavam ali três amigos! Os três médicos: duas raparigas e um rapaz. Os três médicos daqui! Não é? É a tal coisa... É um pedido de socorro!

**E: E ela estava internada num quarto?**

M: Estava num quarto! Estava num quarto! Que é lá em cima... Estava num quarto lá em cima.

**E: E sobre o que é que falaram ou o que é que discutiram a propósito do pedido de eutanásia que ela lhe dirigiu?**

M: Eu e ela? Não discutimos! Foi só isto... Foi só isto! Eu falei com ela. Primeiro, porque me pediram ajuda (porque ela estava a ser muito teimosa!): Doutora [—], veja lá se a convence a fazer a TAC. E eu... e eu... e eu fui ter com ela. Não a convenci, disse-lhe: oh [—], estás com dificuldade respiratória, temos que fazer uma TAC!; tens que fazer uma TAC! Sou... Era muito mais velha que ela! Podia ser mãe dela! E... e pronto... Foi fazer a TAC, depois falei com ela acerca do resultado da TAC..., que ela não me deixou falar muito: ah, Doutora [—], eu já vi... isso está muito mau, tenho uma linfangite carcinomatosa, isso é o pior possível, daí estes meus sintomas. E eu disse: pois é, miúda!; então, pronto, vamos organizar as coisas, organiza a tua vida e isso tudo. E ela: já está tudo organizado!; eu não preciso de ir a casa, estou bem aqui! E foi quando, de repente, passa a tratar-me por tu! Quero isto, aquilo, aqueloutro, tã rã rã...: conto contigo para...!

**E: Nunca tinha levado assim uma... Nunca lhe tido sido assim...?**

M: Assim? Não! Assim, não! Ainda bem que já tenho a idade que tenho! (*risos*) Assim, não! Assim, direta! Assim, direta... direta e autoritária! Direta e autoritária! Ela estava a ser autoritária comigo! Estava a mandar!

**E: Estava a dar uma ordem...**

M: Estava a dar-me uma ordem! E eu também fui autoritária com ela: não, o que estás a pedir não é isso!; o que estás a pedir-me é para eu te tirar os sintomas!; e eu vou tirar, nem que para isso seja preciso pôr-te a dormir!; é isso que tu queres!; é que eu te tire os sintomas, nem que para isso tenha que te pôr a dormir! E ela disse: mas não é preciso passar de hoje!; não há necessidade nenhuma de passar de hoje! E eu insisti: o que estás a pedir... (e o padre assim... a olhar para mim...), o que estás a pedir é para eu te tirar os sintomas, nem que para isso tenha que te pôr a dormir! E ela, depois, tipo... cansada: pronto, está bem... é isso.

**E: Pronto, está bem... Era porque percebeu que você não ia aceder ao pedido?**

M: Exato!

**E: Ou porque... ou porque caiu nela e já não queria morrer?**

M: Não! Não! Não! Não caiu nada nela! Sabia que não ia conseguir... que eu não ia aceder. Ia ficar confortável... Ela queria era ficar confortável... Que durasse um dia, ou três, ou um mês... Estava a dormir.

**E: Pois, não ia ter consciência de...**

M: Não têm! Não têm consciência do tempo a passar. Mesmo quando têm uma sedação muito levezinha, em que de vez em quando abrem o olho, não têm... não têm consciência.

**E: Depois de você lhe ter dito que provavelmente, mesmo se fosse preciso, colocá-la-ia a dormir, ela depois... Não... não houve mais conversa sobre a morte medicamente assistida?**

M: Não... Não conversámos mais.

**E: Depois do padre, do filho...**

M: O padre e o filho... Depois entrei eu e com a enfermeira para pôr a sedação. Depois foi conversa mole, como eu digo: estás bem?; tudo bem?; tens dores?; tens falta de ar? E ela disse: não, está tudo bem. E ela com um ar extremamente suave. Eu não sei que raio é que ela discutiu com o padre, mas que ela ficou muito mais serena, isso ficou! Ela conseguiu... consegui ter... ter... consegui ter uma conversa com o filho sem chorar. O filho saiu a chorar, mas ela não.

**E: Ele percebeu que era a última vez que ia vê-la acordada?**

M: Sim! Sim! Ela chamou-o para se despedir dele. Já tinha [—] [< 20] anos também... Ela chamou-o para lhe dizer que ia morrer e para se despedir dele. Sim, isso ele teve a noção. Isso teve... Coitado do miúdo. Isso teve... Ele tinha noção! Todos nós tínhamos noção! Só a [—] é que não! Toda a gente sabia que ela ia morrer! Ela... ela estava a fazer de conta! Ela não queria... Ela queria continuar a vida dela como tinha sido até ali. Enquanto pudesse fazer, fazia. E achava que estava a puder fazer! Achava que estava a puder fazer!

**E: Isso é a negação absoluta.**

M: Completamente! Sabe que está doente... Sente que está... Sabe que está a morrer, mas ainda não é hoje, ainda posso trabalhar... Deita-se, dorme e, no dia seguinte, levanta-se! Como é que eu estou? Ainda posso trabalhar! E vai andando... vai andando...

**E: E queria-lhe perguntar como é que... Eu sei que teve pouco tempo para acolher e teve que rapidamente responder ao pedido de eutanásia que ela lhe fez. Mas como é que acolheu e respondeu a esse pedido? Eu sei como é que respondeu, porque já me disse como é que respondeu, mas teve que responder de uma forma muito... muito... teve que ser muito rápida na resposta. Não houve tempo para abordar o seu pedido de eutanásia de uma forma...?**

M: Tive que ir atrás do estilo dela! Não é? Ela passou a ser autoritária comigo: eu sou a doente, eu mando, é isto que eu quero! E eu tive que ser autoritária como ela estava a ser: não é nada o que tu queres; o que tu queres é que eu te tire os sintomas! E ela: não, mas não passa...! Eu: o que queres é que eu te tire os sintomas! Tive que ser muito autoritária, muito dura! Tive que ser muito autoritária e muito dura! E por isso é que custou! Porque eu queria era pô-la no colo, não é? Mas, pronto... Porém-me perante uma... um pedido desses... São... são ideias que eu já tenho muito enraizadas em mim. Quer dizer, não... não... não fico em dúvida, não... não fico a querer saber das razões da pessoa para saber se, realmente, devo ou não ajudá-la no suicídio assistido ou na eutanásia. Há muitos anos atrás, no início de eu cá estar, houve uma formação em Cuidados Paliativos, com uma psicóloga francesa que é muito... é dedicada só aos Paliativos. Estava a ver se me lembrava do nome dela, mas é extremamente... [—], [—] alguma coisa! Não me lembro do resto... Eu, daqui a bocado, se calhar já me lembro. E na última... na última reunião foi

muito engraçada, porque ela queria que respondêssemos a três perguntas e que eu fosse a última a responder. Eu era a mais velha, tinha muitas experiências de vida que ela aproveitou muito durante... durante o... a formação toda, que foram [—] dias, todos os dias. E... e ela exigiu que eu fosse a última. Então, as perguntas eram: se éramos a favor da legalização da eutanásia?; se éramos capazes de praticar a eutanásia? ... Se éramos a favor da eutanásia; se éramos a favor da legalização da eutanásia? Aquilo estava bem feito...! Se éramos a favor da eutanásia? Se éramos a favor da legalização da eutanásia? E se, em condições extremas, éramos capazes de praticar a eutanásia? E, então, foi engraçado, porque todos aqueles miúdos e miúdas, muito mais novos que eu (eu era a única deste grupo etário, assim de mais de 40 anos, era só eu...), todos eles gente muito dedicada aos Paliativos, a querer fazer Paliativos, a querer fazer ajudar as pessoas a não terem sofrimento. A grande... grande maioria... Eu acho que ninguém disse que era a favor da eutanásia! Todos eram a favor da legalização da eutanásia! E nenhum era capaz de praticar a eutanásia em condições... mesmo em condições extremas! Depois chegou a minha vez. E eu disse que era contra a eutanásia, que era contra a legalização da eutanásia e que era capaz de praticar a eutanásia em condições extremas. Completamente! Completamente! Completamente! Claro que sim! Claro que sim!

**E: Que era capaz de a praticar?**

M: Sim, sim...

**E: Mas, não sendo a favor, ser capaz de praticar a eutanásia. Isso não lhe coloca...?**

M: Sou absolutamente contra! Agora, se vejo uma pessoa a sofrer, no meio do mato, em que não há qualquer hipótese de lhe dar medicação, não tenho medicação, a pessoa está a morrer, vai morrer dali a um... a um dia, no meio de imenso sofrimento, eu não alivio o sofrimento? Ai, alívio! Claro que sim! É minha obrigação! É minha obrigação! Não tenho aqueles problemas de: depois tenho que dar contas a Deus, porque tirei a vida a um ser humano. Não tenho esse tipo de problemas! Também é verdade que isso é batota! Mas... mas... mas... Claro que faço! Claro que sim!

**E: Mas pensando dentro do seu contexto clínico...**

M: Se tenho medicação ao meu dispor para ajudar a pessoa a passar os últimos momentos confortáveis e, se for preciso, até a dormir, não... não faço eutanásia! É desnecessária! Nessa situações, não! Nunca! Não... É como lhe disse há bocado... É uma questão de recursos económicos, não é? É tudo uma questão de dinheiro. Se eu tiver meios comigo para aliviar o sofrimento da pessoa, porque é que a pessoa há de querer a eutanásia? Convenço-a que não! Não é necessário! Não tem cabimento esse pedido.

**E: E, no caso dela, conseguiu perceber as razões por detrás do seu pedido de eutanásia? Bem, tendo em consideração o seu percurso de vida, talvez se consiga perceber... Mas consegue perceber o que é que estava por detrás daquele pedido?**

M: O filho! Porque se, mesmo a dormir, ela queria que eu me despachasse, que despachasse o assunto, que não a deixasse ali muito tempo pendurada, com ela a dormir... Foi a segunda observação dela: está bem, mas... mas que não passe de hoje! E eu disse: está bem!; tirar os sintomas, nem que tenha que te pôr a dormir! E ela: sim, sim!; tirar os sintomas, pôr-me a dormir, mas que não passe de hoje! Uma pessoa, que está a dormir,

porque é que se interessa que... que morra hoje ou daqui a quatro dias? Pelo filho! A motivação dela foi o filho! Não queria que o rapaz sofresse a espera. Que é o pior que há! É estarmos à espera que um... um querido morra. Os últimos dias com... com... com uma boa assistência médica são muito piores para a família à volta do que para a pessoa que está a partir... para a pessoa que está a morrer. Porque a pessoa está a dormir, não dá por nada. Sabe lá se está a morrer ou não! Agora, quem está à espera... É agora? É daqui a uma hora? É daqui a um dia? É daqui a uma semana? É horrível! E, de dia para dia, as pessoas vão... E eu... Nós assistimos a isso! As pessoas vão... vão perdendo as forças, vão-se indo abaixo.

**E: Então porque é que se mantêm cá se as pessoas estão a dormir? Não veem, não... não conseguem comunicar, não há vida de relação...**

M: Não querem... Muita gente não quer que os seus entes queridos morram sozinhos! A maior parte das pessoas não quer que os seus entes queridos morram sozinhos. Não querem que estejam sozinhos quando morrem. Não querem mesmo! Tenho casos em que é complicadíssimo conseguir que... que... que um acompanhante ou uma acompanhante vá lá abaixo beber um café, porque têm medo que nesse bocado a pessoa morra e ela não estar. Sentem-se mal! Sentem-se mal... E, então, é realmente muito penoso esta espera. É muito penosa! Sabermos que a pessoa vai morrer, mas ainda não foi agora, ainda não é hoje. Dormimos, acordamos... Está viva? Ainda não morreu? E... E tanto sofrimento para quê? Eu sei que ela não está a sentir, mas nós estamos a ver.

**E: Para quem fica é mais doloroso do que para quem vai...**

M: É! Quem vai está a dormir... Quem vai, já foi doloroso antes...

**E: E, em relação a esta doente de que estávamos a falar, eu sei que lhe respondeu de uma forma igualmente autoritária. Mas houve ali um tempo de silêncio, não houve?**

M: Dela?

**E: Seu... Vosso...**

M: Não... Meu, não! Assim que ela me disse, eu atirei logo! Assim que ela me disse, eu atirei logo!

**E: Então, o tempo de silêncio foi depois? Ah, foi ela quando lhe respondeu...**

M: Foi ela, quando me respondeu, que ficou a pensar: está bem, é isso... isso...; mas que não passe de hoje!

**E: E como é que tomou a decisão de rejeitar o pedido de eutanásia dela? Não houve ali muito tempo para tomar uma decisão, mas... mas como é que tomou a decisão de rejeitar o pedido que ela lhe dirigiu? Já me fundamentou que a morte medicamente assistida, para si, é uma questão estritamente ou essencialmente económica. Mas, no caso em concreto, respondeu-lhe diretamente que não com base em que princípios?**

M: Porque eu não acredito na... na... na eutanásia! Não acredito na necessidade da pessoa de morrer já hoje em vez de morrer daqui a três dias. A pessoa quer é, quando muito (e... e... e é válido e também já respondi a esses pedidos...), não dar por isso! Já tive pedidos de: Doutora, quando vir que eu estou a patinar, meta-me logo a dormir, porque eu não

quero dar conta de que estou a morrer! Isso já fiz, também, de acordo com... com os doentes. Um pedido reiterado neste sentido, ao longo de muito tempo, claro que faço! Aliás fiz isso, por exemplo, com a minha [—]! Fez-me prometer de que, quando eu visse... quando... quando eu visse que ela estava a perceber que estava a morrer, que a pusesse a dormir!

**E: Mas como é que... A pessoa percebe que está a morrer?**

M: Sim! As pessoas sabem... As pessoas sabem... Claro que sabem! Claro que sabem!

**E: E não houve mais ninguém que tivesse participado nesse processo de decisão e de responder negativamente àquele pedido de eutanásia da doente? Claro que estavam presentes... estavam presentes mais três médicos!**

M: Não... Não interferiram. Não interferiram. Estavam todos muito... muito suspensos do que eu estava... do que eu ia dizer. Deu-me a sensação de que, se eu dissesse que sim, não se atiravam todos em cima. Mas... Uns a favor e outros contra! Creio que o rapaz seria a favor da decisão dela, que era muito respeitador da vontade dela. Enquanto que a outra, que era muito mandona, não queria chamar a igreja, porque a outra estava... porque a doente estava zangada com a igreja. O... o rapaz estava de acordo comigo, que isso tinha que ser uma decisão da doente! Ela é que tem que decidir se quer ou não quer falar com o padre! Enquanto que a... que a... a amiga dela... a melhor amiga dela dizia que... que nem sequer se devia pôr essa questão, porque ela estava muito magoada com a igreja. Não... Estava zangada com a igreja. Esta amiga também estava muito zangada por a amiga dela ir morrer, não é?

**E: Pois, isto tudo... isto tudo interfere! Isto tudo interfere na nossa...**

M: Claro que sim! Claro que sim! Claro que sim!

**E: E, portanto, a decisão de rejeitar o pedido teve que ser única e exclusivamente sua e imediata, pelo que eu percebi...**

M: Minha e imediata! Minha e imediata! Porque é assim... Felizmente, nós temos o... o... o direito de objeção, não é? Ninguém nos pode obrigar... Nenhuma lei nos pode obrigar a fazer aquilo que achamos que não devemos fazer. Isso...

**E: Claro! E, ao recordar aquilo que lhe respondeu, quais foram as experiências mais positivas e negativas que viveu naqueles momentos em que aquele pedido foi sendo gerido? E o que é que faria de diferente se pudesse tomar uma decisão novamente?**

M: Eu, se calhar, hoje... Ela surpreendeu-me! Eu não estava nada à espera disto! É verdade... Fui surpreendida e tive que reagir logo! (*silêncio*) Eu acho que teria... teria lutado contra a minha ideia de que não a devia afastar das únicas pessoas de ligação afetiva que ela tinha, que eram as tais duas médicas e o médico. Eu teria corrido com eles do quarto para falar sozinha com ela. Eu acho que devia ter feito isso! Mas é isto... Acho que devia ter feito isso é muito... é muito teórico! Não é nada afetivo, porque ela... Por outro lado, acho uma grande maldade pô-la, nem que fosse meia-hora dos seus dois últimos dias de vida, longe das pessoas que realmente lhe diziam alguma coisa para estar meia-hora a falar comigo sobre O Sexo dos Anjos, afinal de contas, não é? Porque é que havia de, naquele momento, ter uma meia-hora intimista comigo, quando nunca tinha tido

isso a vida toda? Não é? Eu não fui a médica dela, que a seguiu, que a assistiu e com quem ela poderia ter alguma... alguma ligação! Não! Ela... ela fez... fez os tratamentos com um oncologista, sem nenhuma ligação em especial, se não de simpatia, porque estava muito ligada a estes três colegas, que estavam sempre com ela. Estavam sempre com ela... Teoricamente, eu deveria ter falado com ela! (*silêncio*) Nós, a partir de certa idade, se calhar ficamos muito seguros de nós próprios. E... e... e, ainda hoje, não tenho dúvidas de que era o que ela queria e que era... e que foi... e que foi feito aquilo que devia ser feito! Essa conversa não iria mudar a... a minha opinião nem a minha atuação. E, se calhar, até lhe dava era... era armas para... para guerrear comigo e arranjar outra pessoa (ou... sei lá eu quem...) para... para a tal de eutanásia. Não, não tinha feito diferente... Não tinha feito diferente... Era melhor, se calhar, era para mim ter falado essa meia-hora com ela, sozinha. Era melhor era para mim! Para ela, não! Era igual. Era igual e, se calhar, era desagradável estar meia-hora a aturar uma fulana em vez de estar com os seus amigos.

**E: Da sua experiência com o pedido, consegue destacar o que é que de mais positivo e de negativo viveu naquele momento em que vocês conversaram sobre o assunto?**

M: Portanto... Conversar, propriamente, não houve! O negativo... o negativo naquilo tudo, mas não foi diretamente com ela, foi a amiga dela... a melhor amiga dela a... a querer... a querer tomar conta da situação. Portanto, havia ali muita vontade e exercício de poder, não é? Havia a doente a querer mandar nela própria até ao fim: eu mando em mim, eu é que sei, eu quero a eutanásia! Havia a amiga dela a achar que, como era amiga dela e sabia muito bem da vida dela e os sentimentos dela, também podia tomar decisões pela doente e portanto: não senhora, não se chama o padre, não se fala nisso a ela, nem se diz a ela; põe-na a dormir e acabou! Ela não queria... Essa... essa... essa amiga dela não queria que eu sequer dissesse... falasse no assunto à doente! Não só no assunto da religião como no assunto de: é a dormir!; vou-te dar isto, que não são coisas de eutanásia...! Não! Por ela era assim: põe-na a dormir e acabou!; ela está a dormir, já? Pronto... Toda a gente queria tomar conta dela, não é? E... e, depois, estava eu a exercer o meu poder de: eu sou a médica que posso, ou não, fazer a eutanásia e não faço!; mas tenho outra solução, que é ótima, é a melhor possível...; para quê a eutanásia? Mas, pronto... Eu sei que o que ela pretendia... É a minha conversa com ela seria nesse sentido de... de... de desmanchar a coisa, o castelo de cartas, até chegar à... à história de: não quer que o filho esteja muito tempo... muitos dias à espera que ela morra. Não é?

**E: Acha que era esse o motivo que estava por detrás do seu pedido de eutanásia?**

M: Ah, sim! Sem dúvida! De certeza! De certeza!

**E: Ele nunca mais voltou ao hospital mesmo com a mãe sedada? Ou voltou?**

M: Não, ele ficou sempre cá!

**E: Ah, ficou cá durante os dois dias?**

M: Sim! Sim! Sempre! Sim, sempre... Sempre cá. Esteve sempre... (*silêncio*) E ela não queria... não queria que o rapaz passasse por esse sofrimento. É a única explicação!

**E: Mas ele ficou cá na mesma...**

M: Faz parte da vida! Porque é que temos de impedir os nossos filhos de viver a vida? Não é? A... a sofisticação do... dos hábitos modernos é que afasta as pessoas da morte. E depois: oh... oh, valha-me Deus, que vou morrer! Eu volta e meia... Eu costume, às vezes, dizer na brincadeira... Alguns doentes velhotes aceitam muito bem isso... Doutora, já viu? Que horror! Vou morrer! E eu digo: então, quem manda nascer? Eu sou um bocado palhaça a lidar com os doentes. Respondo sempre: mas quem é que manda nascer? Ficam assim a olhar para mim (*expressão facial de estupefação*) e acabam-se a rir: pois, realmente... mas, está a ver?; saber que se vai morrer é muito chato! E eu respondo: mas sabemos todos, não queremos é pensar nisso! Não... Mas, está a ver? Eu sei em que dia é que vou morrer... E eu digo: ah, não sabe, não! Vou morrer primeiro que a senhora! Não faz ideia...

(*interrupção presencial*)

**E: Portanto, no fundo, você sentiu-se sempre muito hostilizada durante todo este processo de decisão em relação à doente que lhe pediu ajuda médica para morrer?**

M: Pelos... pelos que estavam à volta, sim! O ambiente era muito hostil! E pela própria doente, não é? Que queria tomar conta da situação e que se fizesse o que ela dissesse e quisesse. E... E eu opus-me e impus a minha vontade. Era um ambiente muito hostil! Muito hostil!

**E: Sentiu-se afetada emocionalmente pelo pedido de eutanásia que ela lhe dirigiu?**

M: Não... Se tivesse menos uns anos, se calhar ia-me abaixo. A idade ajuda nestas coisas! Há uns anos atrás, se calhar, havia para aí uma choraminguice pegada uns tempos! (*risos*) Mas a idade ajuda! A idade ajuda...

**E: E lembra-se de que me disse que... falou sobre este pedido de eutanásia tanto em casa como aqui. E as pessoas com quem falou e com quem se revoltou com... com o subdesenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal deram-lhe que feedback em relação a este assunto da morte medicamente assistida?**

M: As pessoas acham que eu tenho razão em... em... na minha revolta. E... e... e também, excetuando a minha mãe, nenhuma delas é a favor da eutanásia. A minha mãe é a favor da eutanásia!

**E: Ela é a favor da eutanásia?**

M: Ah, se chegasse à vez dela, não sei o que é que ela ia dizer... (*risos*) Mas... mas que ela acha que as pessoas têm o direito a pedir a eutanásia e têm o direito ao suicídio assistido, ela acha que sim! Tem [—] > 80] anos.

**E: E sempre achou que as pessoas têm direito a uma morte medicamente assistida? Ou acha só agora?**

M: Eu acho que sempre achou! Acho que sempre achou! Não sei se é uma posição niilista, se o que é que é... Se é só bocas... (*risos*) Não sei, não sei...

**E: Que relação é que tinha com a doente que lhe fez o pedido de eutanásia? Já me disse que era sua colega. Mas que reação é que tinha com a doente antes de... de ela lhe ter feito o pedido?**

M: Não... Eu já lhe disse. Não era uma relação muito íntima. Era de cumprimentarmos-nos quando nos víamos. Era de perguntar: está tudo bem?; precisas de alguma coisa? Era, de vez em quando, vir ter comigo para pedir umas receitas ou uma opinião em relação a um analgésico ou outro para mudar. Mas não era uma relação muito íntima, não! Não... não tínhamos uma relação íntima. E nunca tivemos uma relação de médico-doente.

**E: E, depois de ela lhe ter feito o pedido, sentiu que a vossa relação foi alterada?**

M: Não... Também não houve tempo, não é? Ela morreu logo a seguir.

**E: Mas há bocado estava a dizer-me que, quando voltou a entrar no quarto, a sentiu revoltada e indignada consigo. Portanto, obviamente que, da sua parte, eu já percebi que não houve uma alteração relacional até porque concluiu o processo da sedação. Mas, da parte dela, sente que ela alterou a forma como se relacionou consigo depois de lhe ter feito o pedido de eutanásia?**

M: Ela ficou serena... Depois de ter falado com o tal do padre, ela ficou serena. Deixou de ter aquele comportamento de me afrontar, não é? E defrontar... Ficou serena! Só disse mais uma vez, mas num tom de voz já cansado: que seja rápido! Já não me impôs nada. E eu disse: pronto, [—], vamos começar isto, aquilo, aqueloutro, daqui a bocado é não sei quê...! E ela: está bem, olha... que seja rápido!

**E: E foi essa a vossa despedida?**

M: Foi. Mais nada... Mais nada...

**E: Eu já percebi que não... que ela não tinha aqui mais ninguém. Portanto, a família dela era...**

M: A família dela estava toda na... no [—].

**E: A família... Neste caso, a única família com quem teve a possibilidade de interagir (penso eu, porque nem sei se teve...) foi com o filho.**

M: O filho veio. Esteve uma hora com ela a falar... Ela!

**E: Mas que interações, suas, é que teve com ele?**

M: Não! Nenhumas! Nenhumas! Nenhumas! Foi uma coisa muito, muito, muito, muito, muito pontual. Nenhumas!

**E: E, depois, não chegou a falar com os três colegas médicos dela sobre aquilo que tinha acontecido no quarto? Ou seja, sobre o pedido de eutanásia...**

M: Falei com o rapaz, que me veio dar o seu apoio. Elas afastaram-se de mim e acho que ainda hoje fazem de conta que não me veem. As duas afastaram-se de mim... As duas afastaram-se de mim. Também não... não éramos próximas, nem nada que se pareça. Mas sinto que, ainda hoje, há mal-estar! Ainda hoje há mal-estar! O rapaz, não! Dá-se muito bem comigo, é meu amigo no Facebook e não sei quê. Mas... Que foi o tal que me veio apoiar no... na ideia de chamar o... o padre ortodoxo e não sei quê. Mas... Elas, não! Elas

são... são muito distantes. Quando nos cruzamos não é aquele cruzar descontraído de dois colegas que vão no corredor e: tudo bem? Não, é: olá...

**E: É pesado?**

M: É... É...

**E: O semblante é pesado?**

M: É! É! É! É!

**E: E, agora, gostava que me dissesse como é que, na sua perspetiva, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido se enquadram na sua perspetiva sobre o seu papel enquanto médica.**

M: Não se enquadram. Não... De todo! Como eu lhe disse há bocado, em situações extremas sou capaz, com certeza, de... da eutanásia. Pessoas que estão a sofrer, que eu sei que vão morrer, que não têm qualquer hipótese, não há necessidade nenhuma (se eu puder ajudar...) de sofrerem mais umas horas em vez de tudo se acabar logo ali, naquele momento. Mas, de resto, não se enquadra! Mas, para isso, era preciso eu estar num deserto, a pé, a quilómetros de qualquer sítio, em sítios como eu já trabalhei na [—], em que não havia realmente qualquer solução. Mas... Não se enquadra! Não... não é possível!

**E: E a experiência de ter recebido dois (vá... três...) pedidos de assistência médica ao suicídio e um pedido de eutanásia alterou, de alguma forma, a sua perspetiva sobre a morte medicamente assistida?**

M: Não alterou a minha perspetiva! Veio-me dar razão! Se eu, posta perante a situação, não mudo de opinião, não cedo... Fico muito mais tranquila, não é? Portanto, se eu já tinha essas ideias empíricas e não mudei de opinião... E... e em idades muito diferentes! Qualquer deles... Muito diferentes!

**E: É isso que eu lhe ia perguntar, porque acabámos por não falar na cronologia.**

M: É... A [—], eu teria para aí uns [—] [< 40] anos. Os outros dois, eu já tinha à vontade uns [—] [< 50]. E esta foi o ano passado, que tenho [—] [> 60]. Portanto, sim... Bastante afastados! (*silêncio*) Não... não... não... Tenho a certeza que estou... que estou certa. Não é necessário! É um problema que não existe! A legalização da eutanásia e do suicídio medicamente assistido... Isso é... é perfeitamente economicista. Não tem que ver com necessidades das pessoas. Nem pensar!

**E: Tranquilidade foi aquilo que não sentiu quando... quando ela lhe fez o pedido e quando teve que responder a esse mesmo pedido. Foi exatamente o que não sentiu. Sentiu hostilidade em relação à reação da doente...**

M: Eu estava tranquila em relação a mim. Sabia que estava... que existia à volta um ambiente hostil. Toda a gente me estava a hostilizar por um motivo ou por outro. Senti um ambiente hostil, mas eu estava tranquila. Eu... O meu único medo, naquele momento, foi de não conseguir controlar a situação. E não conseguir impor-lhe a sedação e ela fosse mais não sei a onde, sei lá fazer o quê, à procura de... de... da eutanásia.

**E: Ela não podia ir a lado nenhum!**

M: Ah, podia! Ninguém a impedia de sair porta fora. E eu... Não me parece que aquelas amigas lhe dissessem que... que não, não é? Ela podia sair porta fora e ir a outro lado qualquer. Sei lá fazer o quê...

**E: Portanto, o sentimento que teve em relação àquilo que ela lhe pediu foi de uma grande... É que você falou-me de como é que se sentiu em relação às outras pessoas que estavam presentes no quarto. Mas em relação ao próprio pedido de eutanásia, o seu sentimento foi qual?**

M: Como eu lhe disse, foi difícil porque eu queria era pegar nela, pôr ao colinho: tu estás calada, não digas asneiras, coitadinha... coitadinha...! É o nosso primeiro instinto, não é? Mas a cabeça está... está primeiro e, então, tive que combater este instinto com o desejo de controlo absoluto da situação para a poder ajudar.

**E: E, no controlo absoluto da situação, o que é que lhe passou pela cabeça?**

M: É que, se eu falho, ela está lixada! (*silêncio*) Em vez de morrer confortável, ia morrer de morte violenta...

**E: Queria-lhe fazer uma última pergunta em relação ao... ao tema que me trouxe aqui. E responda-se só: sim ou não. Conhece, para além de si, algum outro médico que tenha recebido um pedido de eutanásia ou de assistência médica ao suicídio.**

M: Não... Eu julgava que a [—] tinha recebido; ela disse-me que não! Não lhe sei dizer... Há muito preconceito em relação a isso. A pessoa evita falar... Só eu é que falo! Mas eu sou uma desbocada. Eu acredito que haja mas, sinceramente, dizerem que...

**E: Mas quando você espalhou a notícia, digamos assim, ninguém lhe deu retorno?**

M: Não! Não! Não! Nem faziam... As pessoas têm prurido... têm prurido a fazer isso. E como eu lhe estou... E como eu dei o exemplo daquela tal reunião com a psicóloga, em que todos eram a favor da legalização da eutanásia, apesar de serem contra a eutanásia. Achavam que era um mal necessário e que... Há muita baralhão nestas cabeças, por aí... Há muita baralhão!

**E: Mas o que eu lhe estou a perguntar é se ninguém partilhou ou comentou consigo o fato de ter...**

M: Que me tenham pedido? Não... Têm... Há preconceito, com certeza... Há preconceito! Nunca... Nunca me disseram isso. Mas eu não acredito que não tenha havido... Claro que houve! Claro que houve!

**E: Queria-lhe agradecer esta entrevista.**

M: (*silêncio*)

[2ª parte da entrevista]

**E: Em relação ao conjunto dos pedidos que recebeu, queria que me dissesse se entende que, para si, esses pedidos colocaram desafios aos valores que acompanham a sua prática clínica. Naturalmente que são pedidos diferentes e, por isso, os desafios que cada um deles lhe colocou também, provavelmente, serão eles distintos. Mas pensando nos desafios em relação aos seus valores pessoais enquanto médica...**



M: É assim... O desafio do pedido de eutanásia foi... foi... foi um desafio muito simples, que era explicar (como eu fiz) que... que a colega não queria eutanásia, queria... a colega queria era não ter sintomas, não ter sofrimento. Era uma colega... Foi fácil! Quando as pessoas estão afastadas da área, são de outras áreas, é um bocado mais complicado. Até porque, infelizmente, há muita publicidade nos média em relação aos países que a praticam. E... e, portanto, as pessoas até podem sentir-se um bocado ofendidas nos seus direitos quando lhes aparece um médico a dizer que não, que há outras soluções. E foram esses os meus medos nas outras duas situações. Em relação àquilo que eu sinto... é o que quer saber? Àquilo que eu senti, na altura, em relação aos meus valores?

**E: Exatamente!**

M: Pronto...

**E: De que forma é que os seus valores foram desafiados por todos estes pedidos, nomeadamente pelo último pedido da sua colega para que praticasse a eutanásia?**

M: Da minha colega... Da minha colega não... não foram desafiados os meus princípios, porque, na verdade, era fácil. Por ser uma colega era fácil! Era fácil explicar-lhe... explicar-lhe. Não... não vi desafio nenhum. Não senti desafio nenhum. O desafio tinha mais que ver com..., como eu expliquei, com o envolvimento de amigos que ela tinha, um ambiente hostil, que não largavam, não me deixavam sozinha com ela. Nem parecia que ela quisesse isso. Era uma pessoa que, sem aqueles amigos, ficava muito só! Era uma estrangeira, num país estrangeiro, a morrer num país estrangeiro. E, portanto, o desafio foi mais esse de... de, realmente, fazer-me entender por ela, numa... numa de não admitir interferência dos que estavam à volta. E, na verdade, não abriram a boca ou por causa da minha expressão corporal ou... ou porque ela, na verdade, também concordou logo. Eu impus, digamos assim... Eu não me pus com palavrinhas: não, olha lá que é melhor...! Não. Eu disse: não, o que tu queres não é isso!; o que estás a sugerir...; o que tu queres é não ter sintomas! Ela ficou um bocado calada e, depois, disse: é isso mesmo! Portanto foi fácil. Foi relativamente fácil. Em relação às outras duas situações relacionadas com os meus pedidos... A minha primeira reação foi pensar... e espero não ter deixado de perceber isso... Achava que eles estavam a agredir-me ao pedir para fazer a... a... era cometer um crime, um homicídio afinal de contas. Passou-me pela cabeça uma ideia muito primária, uma frase muito primária: raio que o parta!; quer matar-se, que se mate!; não venha cá pôr-me cúmplice de uma situação dessas! Está a ver? Foi, pronto..., a primeira coisa que me passou pela cabeça. Também... São momentos. Até porque fui surpreendida! São momentos muito rápidos. E pronto... E... e acabei por... por explicar à pessoa como é que ia ser, como é que não ia ser, que não havia necessidade, porque se inclusivamente não quisesse estar vígil durante as últimas horas, se isso lhe fosse muito penoso, também era possível sedá-lo sem que tivesse... sem que tivesse que ser um suicídio assistido. E... e contei a tal história que lhe falei e que conto sempre na brincadeira para ver... Da [—]. Que resulta sempre! Resulta sempre! Pronto... Na verdade, a minha primeira reação em relação a essas duas pessoas, a primeira coisa que eu pensei: raio que os parta!; querem matar-se, matem-se! Como dizia o poeta: se te queres matar, porque não te queres matar? Porque é que me querem incluir nisso? Não estão assim tão dependentes quanto isso... Não é assim tão complicado uma pessoa suicidar-se de modo rápido e pouco doloroso que... que faça com que, realmente, seja

muito importante o tal suicídio assistido. Não eram pessoas que não estivessem capazes... Não estivessem... Estavam independentes nas suas atividades de vida diária. Portanto, eu acho que há muito de influência... um bocado... eu não queria dizer nefasta, mas acaba por resultar... uma influência um bocado... um bocado má em relação a isso por parte dos média, da maneira como publicitam essas situações nos países em que isso é possível. Os filmes que surgem... É tudo muito cor de rosa, está tudo muito sereno, muito feliz, com a pessoa a levar um soro que faz com que dali a hora esteja morta. (*silêncio*) Tem um efeito perverso... Esse tipo de filmes, esse tipo de notícias tem um efeito perverso sob as pessoas... Quando chegam a essa fase e o que têm, sobretudo, é medo de sofrer. Depois, esperemos ter oportunidade de explicar que não há necessidade de sofrer! E que, se for preciso, se existe sofrimento psicológico de pensar... Por exemplo, a última questão que me puseram: mas só de pensar que dali a umas horas posso já não estar vivo, já não estar bem, não estou bem... não sou capaz de aceitar... penso nos meus filhos...! Principalmente gente muito nova: penso nos meus filhos, penso nisto, penso naquilo...! E eu digo: mas, se for preciso, põe-se a dormir!; porque qual é o problema de ficar uns quantos dias a dormir até... até chegar o minuto final? Não há necessidade! Não há necessidade! Outros que... outros colegas, outras pessoas que sejam a favor do... do suicídio medicamente assistido e da eutanásia poderão dizer que... que o sedar, principalmente, com morfina é uma forma de eutanásia ou de suicídio assistido. Não. O que se passa, com certeza, é que infelizmente nesse... nesse aspeto, como eu costumava dizer, o nosso organismo, ao contrário das situações habituais, está muito mal feito! Porque nas situações em que temos mais dor, mais sofrimento, temos produções elevadíssimas de adrenalina que nos prolongam a vida! Se a gente tira o sofrimento, corta essa produção de adrenalina, a vida fica mais curta! Ah, pois fica! Ah, pois fica! Agora, não sinto minimamente que esteja a... a fazer eutanásia ou suicídio assistido ao cortar essa adrenalina. Estou a tirar o sofrimento! A consequência é cortar a adrenalina. Já não lhe serve para nada! Serve para prolongar... Serve para distanásia... Serve para prolongar inutilmente a vida dele. Não é? É um mecanismo mal feito: a quantidade de adrenalina que temos em circulação quando estamos em sofrimento. Aguentarmos... para aguentarmos... para aguentarmos...! Só que, quando estamos em estado terminal, não interessa mesmo nada essa tal adrenalina a manter a situação, não é?

**E: Hm... hm... Outra coisa que eu lhe queria perguntar em relação à caracterização da doente. Nós falámos que a doente tinha uma neoplasia da mama. E, entretanto, houve a necessidade de ser sedada naqueles últimos dois dias de vida. Depois, a sua causa de morte acabou por ser a neoplasia da mama, alguma complicação inerente?**

M: Não, ela já estava com uma metastização pulmonar importante! Ela procurou ajuda de... procurou palição quando começou com dificuldade respiratória, por já não ter pulmões à custa de metástases. Os pulmões estavam todos metastizados. Ela estava... ela morreu em insuficiência respiratória por metastização pulmonar. Ela... ela morreu em insuficiência respiratória. Ela estava a morrer em insuficiência respiratória. Iria morrer de qualquer maneira, porque já não tinha pulmões para respirar.

**E: Hm hm... Outra coisa que eu lhe queria perguntar sobre esta sua colega doente... em relação ao seu pedido de eutanásia que eu subentendi ter sido, para si, o mais significativo. Esse pedido levantou-me dúvidas em relação ao fato de não ter sido**

**explícito, embora tenha sido persistente, porque ela teimou consigo até ao momento em que a Doutora foi autoritária, assumindo o registo que ela já tinha assumido quando lhe fez inicialmente o pedido. Mas consegue perceber o porquê do caráter implícito deste pedido, não obstante ele ter sido persistente até ao momento em que foi substituído por uma opção alternativa que a Doutora acabou por convencê-la ser a mais adequada, ou seja, a questão da sedação? Consegue entender...?**

M: Porque é que ela persistiu no pedido?

**E: Não... Porque é que ele foi implícito? A persistência entende-se, porque revela alguma coerência no fato de ela querer a sua ajuda para morrer. Agora, o caráter implícito ou nublado do mesmo... Ou seja, ela não foi para além do dizer que...**

M: Dificilmente algum médico com assistência dirá: eu quero a eutanásia! Há prurido... Há prurido moral, há preconceito em... em... em... em dizer isso. Ela tinha uma assistência ali à volta. Tinha-me a mim, que não me conhecia de lado nenhum. Dificilmente ela diria. E, ao contrário do que se possa pensar (e eu também muitas vezes penso assim, mas depois desço à terra...), as pessoas perto do fim da vida não perdem, de maneira nenhuma, os seus preconceitos, os seus bloqueios. Não perdem... Não perdem... Não perdem... Tive uma situação, que não tem nada a ver com a eutanásia, que fiquei... Já depois de a senhora morrer, naquele primeiro bocado, quando fui falar com duas senhoras que ali estavam fique tão zangada! Nunca me tinha acontecido ficar zangada com um morto! Estava zangadíssima com ela. A sério! A sério! Porque é uma situação... Aparece uma senhora que eu nunca tinha visto. Apareceu já mesmo terminal. Tinha sido tratada não sei a onde... Resolveu... optou por acabar aqui os seus dias. Portanto, no primeiro contato, perguntar quem é ela e não sei quê, não sei que mais... E ela disse: sou casada, mas o marido está fora. E, entretanto, vejo-a uma pessoa muito solitária. Vinham cá duas amigas, duas irmãs, vê-la. E as enfermeiras, no último dia... (ela viveu para aí uns três... uma semana), a dizerem-me: sabe que uma daquelas senhoras é a parceira dela?; elas são lésbicas. E eu disse: ela disse-me que estava casada, que o marido estava fora e não sei quê...! No dia em que morreu, eu estive com ela uma hora antes, estive montes tempo de conversa, a confortá-la e a... e a... e a... e a dar-lhe apoio. E... e disse-lhe: não quer que eu telefone para alguém? Porque a achava muito solitária, não é? Só duas amigas... E ela: ah, não, não...; não está cá... em quem está a pensar, não está cá; está em viagem, não chega a tempo! Pronto... Depois morreu a senhora e eu vi as duas senhoras a chorarem, principalmente uma! Fui-lhes dar apoio e, depois, disse: mas ela disse-me que era casada, o marido... mas onde é que anda o marido que não telefona, não aparece? E diz uma delas: sou eu... fui eu que casei com ela; nós... nós somos lésbicas. Eu fiquei tão zangada! Eu fiquei tão zangada, porque... por ela não me ter dito e eu não ter conduzido outras coisas. Ou seja, aquela... aquela parceira precisava de outro tipo de apoio, tinha outro tipo de papel junto de mim e da doente que não o assumiu porque a doente travou! A doente assumiu um preconceito e até ao fim não assumiu a relação. Disse que tinha um marido que estava a viajar... Até ao fim! Ela estava a morrer e sabia que estava a morrer! Aí zanguei-me! Fiquei zangadíssima! Fiquei zangadíssima! Mas pronto... É claro que se explica. Eu... eu conheci-a uma semana antes de ela... de ela... antes de ela morrer. Não é? Não houve tempo de ela arranjar alguma intimidade comigo ou perder qualquer receio de ser minimamente incomodada por causa das suas opções sexuais. Mas... Só para dizer que uma pessoa à beira da morte podia-se estar nas tintas para os outros e para a opinião

dos outros e... e... e fazer o que entendia, mas não estava. E com a [—], a mesma coisa! A [—] fazia-me uns olhos de socorro como quem diz: vê lá se percebes o que é que eu te estou a dizer e se fazes o que eu quero! Mas não tinha coragem de, perante os amigos, assumir que... em voz alta...

**E: Por causa da plateia...**

M: Por causa da plateia, sem dúvida! Por causa da plateia, sem dúvida!

**E: Pois, porque eu acho que houve ali um entendimento tácito do que é que se estava a falar...**

M: A falar! Mas não houve a frase... a palavra dita. Isso não houve! Mas era isso...

**E: Não houve... Podia não lhe chamar eutanásia, mas podia dar-lhe um outro nome, uma outra designação...**

M: Não... Ela disse: despacha-me isto depressa!

**E: Eu acho que se subentende claramente...**

M: Claro! Ela...: despacha-me isto depressa! E eu disse: despacha?; mas qual despacha?; então, eu vou-te medicar, vou-te tirar os sintomas! E ela: tu sabes perfeitamente o que é que eu quero dizer!; despacha-me isto depressa!

**E: Estavam a discutir com o mesmo denominador comum, mas sem...**

M: Exato... Exato... Assim com os olhos muito abertos, muito fixos, para mim! Com um ar um bocado agressivo, coisa que ela não era nada, era muito fofinha: sabes o que é que eu quero dizer!; despacha isto depressa!; não há necessidade... despacha isto depressa!

**E: Recorda-se dos fundamentos que estiveram na base da sua decisão de rejeitar o pedido da sua colega? Ou seja, na sua perspetiva pessoal, agora olhando à distância, como é que fundamenta o fato de ter decidido rejeitar o pedido e, no fundo, ter dito: não, o que tu queres não é eutanásia, mas sim controlo de sintomas?**

M: Pronto... Em que é que eu me baseio? Eu... eu contei-lhe uma... uma formação que houve com uma psicóloga que, no fim, a última questão que ela pôs a toda a gente... Eram três questões: se era a favor da legalização da eutanásia; se era a favor da eutanásia; e, se em algum caso, em situação extrema, seria capaz de praticar a eutanásia? Ora bem, eu... eu sou absolutamente contra a legalização da eutanásia! Isso dá direito a situações extremamente graves, como já estamos a assistir na Bélgica. Terrível... Sou contra a eutanásia exatamente porque, para mim, a eutanásia... a legalização da eutanásia são... são... só... só passa por fatores económicos. Não é necessário! Se a pessoa tiver... tiver condições para viver com dignidade e com qualidade de vida os últimos tempos, não precisa de ir contra um dos... dos... dos fundamentos mais importantes da... da... da humanidade, e de toda a espécie viva, aliás, que é a preservação da vida! Não tem que ir contra isso! É uma violência para uma pessoa ir contra a preservação da sua vida! Admitindo com certeza os niilistas, mas esses não vão pedir a ninguém que o façam por eles... Admitindo perfeitamente os niilistas... E, por exemplo, alentejanos niilistas conheci muitos! Conheci muitos... Conheci imensos! De uma maneira geral, a pessoa normal tem em si, até ao fim, preservado o instinto de preservação da vida. Esse instinto,

completamente abolido a ponto de pedir a morte, ou é porque tem um sofrimento e uma qualidade de vida tal que prefere morrer, mas isso temos alternativas! Não é? A pessoa quer, exatamente, é não sofrer... é ter qualidade nos seus últimos tempos. Ou uma doença, uma depressão, que é uma doença e que se trata! Não é? Portanto, não vejo o porquê da eutanásia! Não vejo! Não vejo o porquê da eutanásia! E, em relação à terceira pergunta, toda a gente que era a favor da legalização da... da eutanásia, dizia que não era capaz. Ah, mas eu sou! Em situações extremas, já fui! No mato, na [—]... Ai, já fui! A pessoa estava a morrer! Morria dali a umas horas! Eu não tinha nada para lhe tirar o sofrimento... Ah, mas eu fiz! Quero morrer, ajuda-me, ajuda, quero morrer! Fiz-lhe o potássio endovenoso. Fiz! E faço! Em situações extremas, claro que faço! A pessoa está com um sofrimento horrível, vai morrer de certeza absoluta, posso aliviar-lhe o sofrimento? Vamos a isso! Agora, num país europeu, numa capital europeia, não é admissível! Não é admissível e tem que ser por outro lado. É perfeitamente, quanto a mim, economicista as teorias que andam por aí, as pessoas perfeitamente manipuladas para serem a favor da eutanásia ou do... do... do suicídio assistido. É uma situação... São situações economicistas. Não há necessidade! Porque é muito caro fazer Paliativos! É caríssimo! É caríssimo e não tem retorno! É muito caro! É muito mais barato o... o suicídio assistido! Muito mais! Muito mais! Portanto, excetuando naquelas situações de pessoas niilistas, e eu conheci já umas quantas e percebi perfeitamente a situação, não vejo... não vejo necessidade. Não aceito! Não aceito!

**E: Foi com base nesse enquadramento...**

M: Pronto, isto é tudo... não é... não surge de um momento para o outro. Isto é tudo resultante de uma experiência de vida e de pensar sobre as situações e de viver as situações. Não é? Não vejo...! Eu sou perfeitamente... absolutamente atea e repugna-me a ideia da eutanásia! Não é necessária! Em situações extremas, aí não me repugna absolutamente nada! E com certeza que a pratico. Agora, em Portugal, na Bélgica, na Holanda, em países... países que têm a obrigação de terem recursos para essas situações, sou absolutamente contra! Não se justifica!

**E: E foi com base nesse raciocínio que... que lhe respondeu, em concreto, ao pedido?**

M: Não, porque eu faço... Hoje em dia, quando eu respondo numa situação dessas, essa resposta já é o resultado acumulado de todos estes pensamentos, raciocínios, sensações e vivências afetivas que tive. Portanto, essa minha resposta não é... não hesito, porque... porque já tenho muito... muito tempo atrás de mim, muita leitura atrás de mim, muita observação atrás de mim. E isso já me sai espontaneamente. Não tenho que me esforçar minimamente, não é? E, pronto, e também por causa de... de... do tempo que já tenho de... de vivência destas situações e de carreira médica, dá para perceber e para sentir o que é que as pessoas estão a querer, não é?, sem... sem... sem ter que as obrigar a... a violarem-se mais um bocadinho e a... a... a admitirem, com as palavras todas, com... com as letras todas, o que é que querem. Não é necessário. Vê-se perfeitamente! Mas... Não, não custa! Nessas situações não custa dar esse tipo de respostas, nem penso duas vezes se... se devo ou não devo aceder ao pedido. É... é espontâneo! É perfeitamente... Já se tornou espontâneo depois de... de... de muito pensado e de muito pesquisado e de muito estudado e de muito vivido. Tornou-se espontâneo! Dar as respostas não custa. O que custa é toda essa entourage que aconteceu no caso dela. O que é que vai sair daqui? Não é? Porque as

pessoas, realmente, estão muito manipuladas por essa... por essa publicidade perversa. O resultado é perverso, por muito boas intenções que tenham. E esses filmes e tudo isso, porque não... não é verdade! Não é verdade!

**E: Disse-me que teve de tomar, de certa forma, a decisão sozinha, porque não houve tempo nem espaço, até pelas pessoas que estavam presentes no quarto, de antes de tomar uma decisão a partilhar com alguém.**

M: Claro, porque fui chamada para essa situação... Habitualmente os nossos doentes terminais, os nossos doentes em Cuidados Paliativos que... que... que acabam os seus dias aqui ou em casa, assistidos por enfermagem e com o nosso apoio, dá para reunir. Nós, semanalmente, reunimos a equipa, falamos sobre as situações todas e, portanto, dá para trocar opiniões e... e... e dividir a situação com eles. Não é? Sim, pronto, e discutimos os doentes e discutimos as opiniões uns dos outros que, de uma maneira geral, como conhecemos todos os doentes, acabamos por... por ter, mais ou menos, a mesma opinião. Agora, em relação à... à [—], não foi assim. Em relação à [—], eu fui chamada numa situação... que ela esteve em casa até ao fim, até não conseguir aguentar mais de falta de ar.

**E: Isso significa que não teve a possibilidade de discutir o caso desta sua colega com o resto da equipa? Quer dizer, eu não sei se o discutiu à posteriori...**

M: Não... Sim, depois, à posteriori é que eu falei da situação e foi linear. Quer dizer, ninguém pôs outra hipótese ou levantou qualquer questão. Pronto, mas foi assim... Nós não temos sempre oportunidade de... de... como que dividir responsabilidades numa reunião de equipa em relação a uma decisão dessas.

**E: E em relação às outras pessoas com quem falou deste caso? Na altura falou-me que, provavelmente, comentou este caso em casa e também com os seus colegas. Em ambos os contextos (pessoal e profissional), recorda-se do que é que falaram e o que é que discutiram? Que feedbacks é que obteve da partilha deste caso em concreto?**

M: Pronto... Cada vez que há uma situação dessas, os meus filhos põem sempre... (porque são... são vulneráveis aos médicos, como os outros...) põem sempre, outra vez, a questão de: mas porque não a eutanásia? E a minha mãe, que tem [—] [> 80] anos, então acha muito bem! Pronto... Temos, outra vez, que debater a situação e lá acabam por perceber qual é a minha posição ou a nossa posição, dos que defendemos que: eutanásia, não!; Paliativos, sim! Com os meus colegas, que... que são da equipa de... de Oncologia... de Hemato-Oncologia, não houve questão nenhuma! Questão nenhuma! Qualquer deles teria agido como eu agi.

**E: Quando lhe perguntei quais eram as experiências mais positivas e mais negativas que viveu em relação a este pedido de eutanásia, disse-me que as mais negativas estavam relacionadas com o fato de haver ali muito exercício de poder e muitas vontades a confluir para o caso da mesma doente. Até num sentido de proteção e de cuidado para com ela nesta fase final... Mas acabámos por não falar se, para si, houve algum aspeto mais positivo no decorrer desta experiência com o pedido que ela lhe fez? Ressaltou, da sua experiência com o pedido, algum aspeto mais positivo?**

M: O aspeto positivo foi um bocado paralelo a isto... foi que, quanto eu entendi que ela devia ter o apoio do padre e da religião dela e a tal... a tal colega que estava a exercer muito poder na situação, não estava a querer chamar, tive apoio de um outro. E a parte mais positiva disto tudo foi que, como não fazíamos ideia como é que íamos arranjar um padre ortodoxo, eu telefonei ao padre católico que trabalha aqui (ao padre [—], que é realmente de uma dimensão humana espetacular) e ele não esteve com meias medidas! Ele foi ao bispo deles, ao bispo ortodoxo, que é para o bispo ortodoxo mandar um padre aqui. Isso foi, realmente, o mais positivo! Foi a atuação desse padre! Não se meteu lá dentro, não foi lá dentro, foi lá dentro só dar-lhe um beijinho, porque a conhecia cá do hospital também (que ele é o capelão daqui), mas não... não meteu o bedelho na situação. Nada! Só foi mesmo despedir-se e foi ele que arranjou o padre à conta de tirar o bispo da cama àquela hora, que já era bastante tarde! E o bispo mandou cá um padre ortodoxo fazer lá os rituais deles.

**E: E, agora, queria que me dissesse quais foram as suas principais preocupações ou inquietações ao cuidar desta doente, a partir do momento em que ela lhe fez o pedido de eutanásia.**

M: O rapidamente tirar os sintomas! Mais nada... Rapidamente tirar os sintomas, porque é horrível estar com falta de ar! É horrível estar com falta de ar! Portanto, rapidamente... A minha principal preocupação era tirar os sintomas! E, portanto, eu tinha que ter o talento suficiente para a convencer que me tinha que deixar medicá-la rapidamente. É engraçado... Engraçado... É assim mesmo! Que depois de ela ter falado com o padre e... e... e ter concordado comigo e ter falado com o padre, serenou o suficiente para não ter assim tanta falta de ar. Deu para estar quase uma hora de conversa, sozinha com o filho. E, depois, então mandou-me chamar: vamos lá a isso! Pronto... Eu lá a sedeí, a partir daí.

**E: E como é que se sentiu no momento em que recebeu, enquanto teve de lidar e quando respondeu ao pedido de eutanásia que ela lhe fez? Como é que se sentiu?**

M: Acabei por já responder um bocadinho... Pronto... É a sensação de: será que vou controlar a situação?; como é que eu vou fazer para controlar a situação? É tudo tão imediato! Não dá tempo para sentir muita coisa, não é? É a tal... é a tal sensação muito rápida de: não tens o direito de me pedir isto! É a primeira coisa que eu... que eu sinto, que é um sentimento nada controlado, nada pensado... É o que me vem. Fico irritada: não tens que me pedir isso!; não me podes pedir isso!; não devias estar a pedir isso! E, imediatamente, entro em controle da situação! Não vou agora estar a reagir de acordo com isso que eu sinto, que não devo sentir. E, depois, é logo a preocupação de controle da situação, de modo a poder dar os cuidados que ela está a precisar. Fazê-la desistir daquela ideia...

**E: Hm... hm... Porque me disse que tinha sentido dificuldade em lidar com o pedido e que se tinha sentido muito hostilizada pelo ambiente que encontrou no quarto.**

M: Isso é outra coisa! Quando ela me fez o pedido, eu só estava a falar com ela! Não é?

**E: Pois...**

M: Pronto...

**E: Mas eu queria, exatamente, eliminar todos os fatores externos.**

M: Exato!

**E: E queria pensar na... na...**

M: Só eu e ela! O que pensei... A primeira coisa que eu sinto é irritação: não tens que me pedir isso! E... e... e o que sai imediatamente é convencê-la a sair dessa ideia, não é? E por isso é que também respondi assim com tanta autoridade: não, o que tu queres é que eu te... te tire os sintomas!; o que tu queres é não sentir o que estás a sentir! Poderia ser de outra maneira... Não teria que ser tão... tão autoritária como fui. A autoridade foi para controlar a situação, todo aquele envolvimento... Sozinha com ela, provavelmente, estaria para aí uma hora à conversa com ela antes de a... de a... de a pôr a decidir que, sim senhora, não queria nada eutanásia, queria era não sei quê. Provavelmente teria muito mais tempo... teria outro tipo de abordagem se estivesse sozinha com ela.

**E: Mas, mediante o registo que teve a necessidade de assumir para controlar toda a situação, e a partir do momento em que a sua irritação inicial foi substituída por uma necessidade de ação, que sentimento é que acha que se perpetuou durante essas horas?**

M: Não foram horas... Aquilo foi muito rápido! É que isto tudo foi muito rápido! Eu não estive hora nenhuma com ela! Com: ela fazer-me um pedido, eu falar com ela, ela responder, eu impor-me... 5 minutos, se tanto! A partir do momento em que ela concordou, ela acalmou e deixou de haver situação, digamos assim... A partir desse momento, passou a haver só a... a... o... o gerir de... do tempo, de modo a que ela não estivesse inutilmente em sofrimento, só porque o padre vem, não vem, não sei quê... Mas foi tudo muito rápido! Graças ao tal padre [—] e ao tal colega amigo dela, foi tudo... foi tudo muito rápido! Foi tudo muito rápido! Ela... ela..., nisto tudo, entre vem padre, vem outro e não sei quê... e, depois, falar com o filho, de vir o filho e falar com o filho, hora e meia, se tanto! Ao fim de hora e meia estava sedada.

**E: Hm... hm...**

M: Sim... Acabou por ser rápido! Não tive... não tive que fazer gestão, por aí além, das minhas emoções. Não! Não! E, de qualquer modo, senti que, a partir do momento em que ela serenou com a decisão, os outros também deixaram. Tentaram, mais uma vez, fazer alguma coisa quando quiseram proibir a vinda do padre, mas depois quando ficaram também postos no seu lugar nessa situação, não houve mais... não houve mais situação conflituosa. Depois até os deixei estar com ela, a dar os miminhos a que ela estava habituada por parte deles. Não era da minha parte! Pronto... A situação teria sido completamente diferente se fosse uma situação daquele doente que está internado e que, de manhã, quando o vou ver, me chama e começa a falar comigo e pede a eutanásia. Não sei que mais... Aí é completamente diferente, não é? É completamente diferente! É um doente que eu já conheço... É um doente que eu estou à espera... Mas sempre! Quer dizer, nunca me surpreenderam! Que... que... que peçam para dormir ou que peçam para não dormir e estar acordados... Também há de tudo, não é? Querem estar acordados até ao último minuto, nem que isso custe sofrimento! Porque, por vezes, as doses de analgésicos que temos que dar são de tal modo elevadas que, mesmo que a gente não queira, provocam sedação! Dormem... Para estarem analgesiados têm... têm que estar a dormir.

Pronto... Todo esse tipo de situações, com tempo, com o doente internado, que eu já conheço e que até posso prever que, mais dia menos dia, está-me a pedir... É muito mais fácil! Tenho muito tempo! Com a [—] teve que ser muito rápido, tudo! Teve que ser muito rápido, tudo! Saí dali como se estivesse andado a correr 50 km! Não é? *(risos)* Fui para casa, adormeci imediatamente de cansaço! Estava cansadíssima! Cansadíssima!

**E: Exaustão, não é?**

M: É! Exausta! Estava completamente exausta!

**E: Emocionalmente até? Provavelmente...**

M: Completamente exausta! Completamente exausta!

**E: Porque não é só a parte clínica! Mas, depois, toda aquela...**

M: É... Exatamente! A parte clínica ainda é o mínimo! Com os outros doentes é o que eu faço praticamente diariamente e não... não me canso! Não... Nem pensar! Agora, ali realmente foi cansativo!

**E: E pensa que a experiência de ter recebido este pedido de eutanásia, por parte da doente, a afetou emocionalmente?**

M: Naquele momento, sim! Tanto que fui para casa e dormi! E sou uma pessoa que dorme muito pouco, deita-se à meia-noite... Eu cheguei a casa, às nove da noite estava na cama e acordei no dia seguinte, às nove da manhã! Nunca durmo mais de cinco/seis horas de seguida! Naquele dia dormir doze horas! Doze horas! Fiquei... fiquei exausta! Fiquei exausta! Fiquei exausta!

**E: E que aspetos é que lhe provocaram uma maior afetação emocional no contexto em que surgiu o pedido?**

M: A... a pessoa que ela era e o que a estava a fazer pedir aquilo! Porque, pelo meu entendimento, era uma pessoa que estava fora do seu país, o que é um horror! Fora... Longe da sua... de toda a família, o que é horrível! E ia deixar sozinho um filho de [—] [< 20] anos! Não é? Portanto, eu acho que tem muito que ver com... com essa situação, o pedido dela. Não era um pedido egoísta, que não queria sofrer nem mais meia-hora! Ela mesmo dizia: quero despachar isto!; despacha-me isto!; despacha-me isto!

**E: Hm... hm... Está-me a falar do motivo pelo qual ela, provavelmente, terá feito este pedido. Não é?**

M: E foi isso o que mais me tocou! Uma rapariga que... que... que teve de uma... uma... uma batalha duríssima desde que fugiu lá da terra dela, que já nem me lembro se era [—], se era [—], se era o quê... um país de Leste para vir para aqui. E que andou a trabalhar como mulher-a-dias, isto e aquilo, até ser reintegrada como médica. E que, finalmente, lá conseguiu ter a sua vida orientada, a ganhar razoavelmente. Tem um casamento que falhou, mas até se davam bem. Com um filho de [—] [< 20] anos. Ela e o filho. O filho e ela. Ela, o filho... O filho e ela e o trabalho. E de repente... Por isso, ela queria despachar-se, queria acabar rapidamente... Queria acabar rapidamente! E esteve a trabalhar... Ela, na véspera, tinha trabalhado! Ela, na véspera, esteve aí a trabalhar, com os colegas todos a porem as mãos à cabeça, a olharem para ela e até... até a convencerem

a ir para casa. Só aí é que ela, quando chegou a casa, à noite, lá se deu conta de que, realmente, não... não dava para continuar. Não dava para continuar. Já não respirava, mas ela manteve-se a trabalhar... E não era por dinheiro! Era para fazer de conta que ainda não tinha acabado. Ainda podia...

**E: Que a normalidade se mantinha...**

M: É... *(silêncio)* É... Quando finalmente reconheceu que acabou, queria acabar rapidamente, que é para não... não causar mais sofrimento.

**E: Alheio! Não próprio...**

M: Não... Não...

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO MÉDICO M4**  
**[M4, Masculino, ≥ 60 anos, Medicina Interna e Oncologia]**

[1ª parte da entrevista]

**E (entrevistadora):** Antes de iniciarmos esta conversa sobre a sua experiência pessoal com pedidos de morte medicamente assistida queria-lhe perguntar alguns dados de caracterização. A sua idade?

M (médico): [—] [≥ 50] anos.

**E:** Em que ano é que concluiu as suas especialidades?

M: Tenho... A de Medicina Interna em [—]. A de Oncologia em [—].

**E:** E em que estabelecimentos?

M: A de Medicina Interna no Hospital [—]. A de Oncologia no [—].

**E:** Sim, mas a sua universidade foi qual?

M: Ah, foi... foi a Faculdade [—].

**E:** E, depois disso, fez alguma formação especializada?

M: Só isso. Fiz a especialidade de Oncologia. Fiz Medicina Interna, depois Oncologia Médica. Ponto!

**E:** Queria saber se, mais recentemente, tinha enveredado outra vez pela academia.

M: Não... não... não... não... não... Tentei fazer um [—]. Aliás, fiz uma pós-graduação em [—] e tentei fazer um mestrado, mas não consegui.

**E:** No [—]?

M: Não. Pós-graduação é na [—]. E tentei fazer o mestrado na [—], mas acabei por não conseguir ir às aulas e...

**E:** Com tantas horas de trabalho é quase impossível. (risos) E queria-lhe perguntar também se trabalhou sempre aqui ou... ou...?

M: Primeiro nos Hospitais [—]. É só isso... No Hospital [—] e, depois, aqui.

**E:** Até quando, no Hospital [—]?

M: Até 86 e depois aqui, a partir de [—]. E estive 1 ano no Hospital [—]. Foi o meu primeiro lugar de provimento. E depois voltei ao... ao Hospital [—].

**E:** E queria-lhe perguntar qual é o significado que atribui à sua experiência profissional?

M: Gosto muito do que faço! Podes continuar...

**E:** E quais pensa terem sido os mais contributos que daí resultaram para a sua reflexão sobre a sua prática clínica?

M: Tudo! Eu tenho uma prática riquíssima. Eu... eu contato com o sofrimento todos os dias. Portanto, nada... nada... nada pode contribuir mais para uma reflexão do que o contato com o sofrimento humano todos os dias. E o contato com a morte todos os dias. Portanto... Como vê, tenho muito... muito por onde... muito, muito que pensar.

**E:** E que perfil de doentes é que acompanha?

M: Tenho todo o tipo de doentes! Tenho doentes que se curam, tenho doentes que ficam em banho maria e tenho doentes que morrem.

**E:** Em banho maria?

M: Em banho maria... Que ficam muitos anos vivos.

**E:** Com sofrimento associado?

M: Não, sem sofrimento! Doentes que ficam bem muitos anos!

**E:** Então porque é que lhes chama doentes em banho maria?

M: Porque têm doença! Continuam com doença! Estão em banho maria.

**E:** Ah! Estão controlados...

M: O que me queres... O que me perguntas para o teu... para o teu estudo?

**E:** Eu quero saber... Queria que o Doutor me descrevesse os pedidos de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia que recebeu ao longo da sua prática clínica.

M: Oh, basicamente... Os pedidos têm duas formas diferentes de se manifestarem. Ou são pedidos expressos, em que a pessoa diz que não quer continuar a viver e... e gostaria que eu arranjasse uma... uma solução para que... para que esse desejo fosse possível de concretizar. E a outra maneira de... dos doentes, no fundo, manifestarem esse... esse apelo e... sugerindo, enfim, não é sugerindo, é afirmando que não têm... não têm mais nada a fazer nesta vida, que a sua permanência... a sua permanência no mundo dos vivos é uma permanência dolorosa, sem qualquer objetivo, que sabem que eu não posso alterar o curso da doença e, portanto, o que é expectável é que aquilo que não lhes é tolerável se agrave, se venha a tornar mais... mais evidente e que, portanto, gostariam de ter uma solução, gostariam de arranjar uma maneira de... de não passar por mais sofrimento.

**E:** E, em relação ao primeiro grupo de doentes, digamos assim, que lhe fizeram pedidos explícitos e, portanto, não de uma forma indireta, mas que o interpelaram...

M: Quer dizer, isto não é indireto! As pessoas apenas não... não me pedem... Provavelmente, algumas porque sabem que... que... que... que eu não posso, pelo meu código deontológico, não posso... não posso praticar suicídio assistido em Portugal.

**E:** E, em relação aos pedidos explícitos que recebeu, por parte do primeiro grupo de doentes, recorda-se de... consegue descrevê-los e dizer-me quantos pedidos teve?

M: Não, não, não... Não, não... Pedidos... Pedidos expressos, explícitos, sem ser num momento de... digamos de... de... de maior intolerância, não... Tive muito poucos. Muito concretos, muito... Praticamente 2 ou 3.

**E: E pode descrever-me esses pedidos mais concretos, do que se lembra...?**

M: Não, não tenho... Eu não tenho... não tenho muita memória... não tenho muita memória. Apenas a conversa acaba a dizerem... dizendo eu...

**E: Então diga-me como é que começa e como é que acaba.**

M: Não, a conversa... A conversa é feita quando, normalmente, numa... numa... numa... numa... numa visita... numa visita médica... numa visita do doente. O doente, quando... quando... quando, em conversa relativamente à doença, manifesta expressamente o desejo. Como... como... como digo isso foi, enfim, 1 ou 2 vezes. Não mais! Ele manifesta expressamente a vontade de eu o ajudar a pôr termo à... a pôr termo à vida. E eu explico-lhe imediatamente que não posso fazê-lo. Não posso fazê-lo... não posso fazer isso! Há um código deontológico e... e... e uma legislação em Portugal que não permitem suicídio medicamente assistido ou eutanásia ativa. E, portanto...

**E: Os pedidos que recebeu foram...**

M: São pessoas, normalmente, que... Do que eu me recordo, são pessoas que têm... são pessoas que têm da vida uma imagem, enfim, de... de algum controlo ou pessoas habituadas a... a tomar... a tomar decisões. Percebes? As outras pessoas que vêm dizer... que vêm dizer que, efetivamente, as coisas não... que não estão interessadas, que não querem, não... não abordando..., não... não fazendo diretamente o pedido para que..., mas dizendo que gostavam..., não... não... não... que não queriam continuar, enfim, a... a... a ver degradar o seu estado e numa situação de sofrimento que sabiam irresolúvel e que, portanto, gostariam de... gostariam de ter uma solução. E que me perguntam, inclusivamente, se... se em Portugal, não podendo ser, onde é que poderia ser? Por aí a diante... O que que se se podia fazer? No fundo, essas pessoas estão a... a pedir-me.

**E: Mas das pessoas que lhe fizeram pedidos explícitos, disse-me que se recorda de 1 ou 2 pessoas...**

M: Não... Não, não tenho... Não...

**E: O que... o que lhe estavam a pedir era que prestasse assistência ao suicídio ou que praticasse a eutanásia?**

M: A eutanásia, exatamente! As pessoas queriam que eu... que eu... que eu as ajudasse a morrer.

**E: Que interviesse?**

M: Sim, que eu interviesse diretamente para lhes pôr... para lhes pôr termo à vida. E isso é impossível, como é evidente. Isso é impossível!

**E: É isso que eu lhe ia perguntar. Como é que interpretou esses pedidos? Ou seja, que significado é que lhes atribuiu?**

M: Ouça, não... não... não... não interpretei. Interpretei os pedidos de pessoas que querem... querem ajuda do seu médico. E lá... lá vem a conversa que eu te fiz no outro dia, que é: se eu fui capaz de orientar a terapêutica destes doentes ao longo das diferentes fases da doença, ao longo das diferentes fases da... da resposta ao tratamento, e se eu fui capaz de ser o ponto de apoio e a... e o referencial para estes doentes, porque não...

porque não poder concretizar uma coisa a que eles genuinamente aspiram? Obviamente que o reverso da medalha é: se isto fosse permitido com mais liberdade e com mais..., enfim, facilidade, haveria de haver sempre aquela altura em que, enfim, a assistência ao suicídio passava a homicídio. Porque havia de haver sempre a... havia de haver sempre algum... alguma tergiversação. E eu percebo que isso seja perigoso e que tenha que haver, num... num dia em que se fale do suicídio medicamente assistido em Portugal, no sentido de o... de o poder eventualmente admitir ou regulamentar, é preciso, de fato, uma extrema prudência em... em... na abordagem do... na abordagem desse assunto. Pronto, portanto, isso... Ponto final! Não... Não é possível!

**E: E queria-lhe perguntar se os pedidos de eutanásia que recebeu lhe colocaram algum desafio aos valores que acompanham a sua prática clínica.**

M: Ahhhh... Eu não... não me recordo, mas... Eles... eles sabem, provavelmente, que eu... enfim, porque eu... pela... pelo... pelo... pelo relacionamento que se estabelece entre mim e os meus doentes, eles sabem que... que eu não tenho a... que eu não tenho a... o tique do... do curar a todo o custo, não é? Quer dizer, é o... aquele tique com que nós... O tique! Eu chamei-lhe o tique mas, no fundo, nós... nós fomos criados... quando entramos na faculdade... Na altura em que eu entrei na faculdade, muito mais do que agora, nós éramos... nós éramos feitos para curar pessoas. Não admitíamos o... A morte era um falhanço! A morte não... Ora, a morte não é um falhanço! A morte é aquilo que nos espera a todos nós! Portanto, não pode ser um falhanço! A morte só é um falhanço se nós deixarmos morrer uma pessoa que poderíamos não ter... não... não... não... não... não ter... em que poderíamos ter intervindo para que... para que a situação se resolvesse de outra maneira. Isso... Isso é que é um falhanço! Agora, a morte em si não é um falhanço! E quando... quando... quando a... quando a... a especialidade de Oncologia se desenvolveu, o que se verificou foi que havia, de fato, doentes que, desde o início, tinham que ser ajudados a morrer com dignidade. E não o contrário! Ajudá-los a morrer no sentido de os tratar de forma a tentar prolongar-lhes a vida o mais possível, a eliminar-lhes o sofrimento tanto quanto possível e a dar-lhes aquilo a que nós chamamos a... aquela... aquela qualidade de vida mínima que... que permite a alguém ser uma pessoa. A partir de certa altura deixa de ser... deixa de ser uma pessoa e passa a ser um... enfim, um... um objeto de prestação de cuidados. Quando perde vida de relação, quando... quando... quando perde autonomia, quando perde... Não deixa de ser uma pessoa, obviamente, mas... Eu penso que percebeste o que eu quis dizer. Ou seja, essa pessoa fica muito limitada na sua... na sua dignidade e na sua condição. Portanto, quando se percebeu que nós já éramos capazes de prolongar vidas, percebeu-se que, nalguns doentes, eles tinham que começar, desde logo, a ser ajudados a morrer, porque a cura não era possível! E isso virou, um bocadinho, aqui o... virou um bocadinho a perspetiva. Porque as... Os meus doentes sabem que eu não sou um... que eu não sou um... não sou um... uma pessoa só com... com aquela visão restrita de que ou curo ou, então, largue-me da mão. Pronto, e portanto, penso que, por isso, se fizeram conversas e, por isso, se apelou à... enfim... No fundo, alguns doentes apelaram à minha... à minha intervenção para... para minorar, de alguma forma, o... o sofrimento. (interrupção telefónica) Pronto, então, a questão é... é exatamente essa! É... É nestas pessoas que vão tolerando a doença e que vão progredindo e que vão... e que se vão degradando e que vão... A partir de certa altura, as pessoas têm... têm uma sobrevivência miserável. Não sobrevivem! E é nestas... nestas pessoas que,

quando tomam a decisão conscientemente... E não me venham dizer que os Cuidados Paliativos impedem isto tudo e que as pessoas morrem não sei quê... Não! Isso é uma atitude paternalista! As pessoas não se podem substituir aos outros na forma como... como sentem as questões. Portanto, se estas pessoas não querem passar o resto da sua vida numa Unidade de Cuidados Paliativos, ou... ou... ou dependentes de terceiros, elas têm o direito! E os seus... e os seus... e os seus médicos assistentes, aqueles que as acompanham, também deviam poder ter alguma capacidade de intervir aqui. Mas, como lhe digo, mais uma vez estamos naquele terreno resvaladiço, muito resvaladiço e muito... muito... muito movediço de saber aquilo que é uma verdadeira atitude de ajuda ao suicídio e uma coisa mais abusiva.

**E: Há bocadinho disse-me que os seus doentes, muitas vezes, sentiam que podiam falar consigo porque conheciam-no devido à relação que foram estabelecendo ao longo dos anos.**

M: Certo!

**E: E, por isso, pergunto-lhe: havendo esse à vontade esse acolhimento da sua parte, os pedidos de eutanásia que recebeu interferiram nos valores que acompanham a sua prática clínica? Ou não sente que, pelo fato de estar disponível para falar sobre esses pedidos, os seus valores foram ameaçados?**

M: Não, de todo! Os meus valores não foram nada ameaçados, porque repare... Os meus valores, enquanto médico... O meu valor primordial é... O interesse do meu doente é a minha primeira preocupação. Ou a saúde do meu doente é a minha primeira preocupação. O Hipócrates disse: a saúde do meu doente deve ser a minha primeira preocupação! E eu acho que hoje a gente deve dizer: o interesse do meu doente deve ser a minha primeira preocupação! E, portanto, nada... nada... nada muda aqui. Os meus valores, enquanto médico, não mudam! Porque, se eu tenho expectativas de melhorar alguém, não posso admitir que me falem em suicídio assistido. Isso é impossível! Portanto, estamos imediatamente num... num... num assunto completamente contrário. Naturalmente que as pessoas só me falam disso numa situação já muito penosa, em que sabem que... em que sabem que já não há terapêutica eficaz, em que sabem que as coisas só podem piorar, etc., por aí a diante.

**E: Portanto, não sente que os pedidos lhe colocam desafios aos seus valores.**

M: Não... Nenhuns! A única coisa que me incomoda verdadeiramente é que eu não possa, em casos muito concretos, eu... eu não possa, de fato, ajudar os meus doentes.

**E: E fazendo uma retrospectiva... Já me disse que pedidos explícitos terão sido 2 ou 3.**

M: Sim. Não foram muitos mais. As pessoas não... Sabe que as pessoas não... não estão preparadas para... não estão preparadas para... nem para pedir, nem para...

**E: Nem para aceitar a morte...**

M: Nem para aceitar a morte! Não estão preparadas! É... é incrível.

**E: Isso é cultural.**

M: É! É cultural. É!

**E: Mas eu queria-lhe pedir... Fazendo uma retrospectiva... Eu sei que na memória, às vezes, há lacunas mas...**

M: Eu não me consigo recordar.

**E: Mas dos pedidos de eutanásia de que se recorda, gostaria que me falasse sobre aquele pedido que ainda hoje considera ter sido o mais significativo ou o mais difícil para si.**

M: Sim, há... há um! Houve um pedido concreto. Um doente mais jovem que, de fato, me impressionou muito. E... Porque, efetivamente, já estávamos numa fase de... de não poder haver mais terapêutica eficaz, já estávamos na fase de... de um aumento da dependência, já estávamos na fase de... de... na linha descendente... na linha descendente acelerada. E ele... O doente pediu... O doente pediu-me, manifestou a vontade de... de não continuar naquele... naquele processo. E, portanto isso, de fato, custou-me muito! Era um doente jovem. Custou-me muito!

**E: Agora queria que me falasse mais sobre esse pedido concreto que designou como tendo sido o mais significativo para si. Recorda-se da idade do doente?**

M: Não, não... Não me recorde.

**E: Disse-me que era jovem.**

M: Era. Era jovem, relativamente jovem. Não me recorde concretamente da idade.

**E: Qual era a escolaridade dele?**

M: Eu acho que era... É um homem com... É um homem com alguma escolaridade. Não era licenciado. Era um homem com alguma escolaridade.

**E: E qual era o estado civil? Era solteiro, provavelmente.**

M: Não... Não, não... Acho que não. Mas não... não me recorde muito bem, sabe?!

**E: O que é que se recorda sobre ele?**

M: Se quer saber, não... não me recorde muito. Não tenho muita memória disso, sabe?! Não sei se... não sei se a apaguei ou... mas... Não, não tenho muita recordação sobre isso. Não tenho muita recordação, sabe?! Não guardo... Sei que, de fato, enfim... Lá se resolveram as coisas. Não da maneira como ele queria, obviamente! Mas lá se resolveram as coisas.

**E: Não se recorda da idade, da escolaridade...?**

M: Não, não me recorde. Já lhe disse que é um doente jovem. É um doente com menos de... suponho, com menos de 40 anos. É um doente com menos de 40 anos.

**E: Tinha estrutura familiar? Era cuidado em casa?**

M: Tinha uma estrutura familiar, tinha. Eu penso que, justamente, até era por causa disso que ele... que ele não queria... não queria sujeitar os membros da família à... àquilo. Penso que foi por causa disso.



**E: E o diagnóstico dele era qual?**

M: Sim, era um tumor. Não lhe sei dizer exatamente que tumor é que era. Não me lembro se era um cólon ou se era um... numa fase já muito avançada.

**E: E ele tinha que prognóstico, na altura em que lhe fez o pedido, mais ou menos de quanto tempo?**

M: Não... Tinha um prognóstico de curto prazo. 1 mês, 1 mês e meio.

**E: E ele acabou por morrer da doença, correto?**

M: Claro!

**E: Esclareça-me o seguinte. Se entendi bem o que me disse, o que ele lhe fez não foi um pedido de assistência médica ao suicídio, mas sim um pedido de eutanásia.**

M: Sim, ele fez um pedido para eutanásia. Como é evidente!

**E: Recorda-se como é que o doente começou conversações consigo sobre o assunto? Do que é que falaram? O que é que discutiram?**

M: Não... Normalmente é... é como lhe digo! Na... durante a... durante a observação, durante a visita médica, durante o... durante o... durante a consulta, ou já não me recordo se durante o internamento, ele a certa altura verbaliza... verbaliza a sua... a sua... a sua decisão e diz que é a sua vontade.

**E: No caso em concreto, recorda-se como é que ele falou sobre o assunto?**

M: Não... não... Não, não me recordo. Mas também não há... não há... Queres-me perguntar o quê?

**E: Porque é que eu lhe faço esta pergunta? Porque, normalmente, antes do pedido surge uma conversa sobre aquilo que vai ser pedido. E, portanto, o doente faz o contexto do texto, digamos assim!**

M: Não... não... não... não... O contexto era... não... Enfim, que de fato ele sentia que a situação se degradava rapidamente e que não queria continuar... não queria continuar. Basicamente assim.

**E: E como é que ele o interpelou a si? Como é que o doente lhe formulou o pedido?**

M: Não, ele... Ele disse que gostaria... gostaria que eu o ajudasse! Gostava que eu... que eu o pudesse ajudar naquela... naquela fase a... a abreviar a vida. Foi basicamente o que ele me disse.

**E: E ele formulou o pedido de formas diferentes ao longo do tempo?**

M: Não... Não, não, não houve... Não, não houve mais formulações, até porque... Essa é a... Essa é a... Normalmente, não há mais... Normalmente, não há mais... mais sugestões.

**E: Portanto, ele fez esse pedido de eutanásia única e exclusivamente numa consulta. Isto significa que ele não modificou a formulação do seu pedido ao longo do tempo?**

M: Não! Não! Ele... Aquilo foi... Tatiana, normalmente, as pessoas fazem uma conversa deste tipo. A partir de certa altura, já não... Quer dizer, feita essa conversa, não há segunda. Não há segundo pedido, em regra. A menos que eu...

**E: Está a dizer-me que os doentes não persistem nos pedidos?**

M: Sim! Não há segundo pedido.

**E: Porque é que acha que a pessoa não volta a tocar no assunto?**

M: Porque... porque eu... eu acho que é difícil, a alguém, de fazer este pedido. Se um indivíduo é respondido com... com uma negativa, seja porque razão for, normalmente não persiste, não é?

**E: Nem de outra forma?**

M: Não... não... não... não.

**E: É porque há várias formas de dizer a mesma coisa. Era por isso que eu lhe estava a perguntar.**

M: Não... não... Não! Em regra... A pessoa pode continuar a fazer notar que está em sofrimento, mas não... mas não dessa...

**E: Mas não verbaliza?**

M: Não verbaliza, não! Não verbaliza mais! Em regra, não verbaliza mais nada!

**E: É curioso.**

M: É curioso, não é?

**E: Hm hm! E queria-lhe perguntar também que razões é que, na sua perspetiva, motivaram o doente a dirigir-lhe esse pedido de eutanásia?**

M: Então, as razões são óbvias! O doente quer... o doente quer mesmo... acha que a melhor solução é... é terminar com a sua vida. Dirige-me o pedido porque... porque acha que eu sou a pessoa capaz de o... de o... de o ajudar.

**E: Mas o que é que acha que o motivou a fazer-lhe esse pedido?**

M: Eu acho que o que motiva é... é essa relação de... essa relação que se estabelece durante o tempo em que decorre a doença. É, exatamente, essa relação que se estabelece.

**E: E, considerando os motivos relacionados com a doença, porque é que acha que ele lhe estava a dirigir esse pedido? Havia o quê? Havia sofrimento? Havia dependência? Havia tudo isso junto ou associado?**

M: Oh, Tatiana, havia tudo! Não é? Então... É o que eu acabei de dizer! Havia... Havia muito sofrimento e havia, sobretudo, uma... aquela... aquele desapossar das características que nos dão, digamos que, a integridade. Não é? Basicamente, ele... As pessoas ficam dependentes, ficam... ficam dependentes de medicamentos, ficam dependentes de tudo e mais alguma coisa. Alguns ficam acamados. Portanto, é... não é uma situação que... que queiram manter.

**E: E, no caso dele em concreto, ele falava sobre aquilo que mais o apoquentava ao ponto de requerer a sua ajuda para morrer?**

M: Não... Era... era a degradação do estado e a... e a... e a... e a irreversibilidade dessa degradação. Era, basicamente, aquilo que o apoquentava. Quase todos os doentes é isso que... Basicamente, esse é o... o ponto universal. Epá... Depois havia, pontualmente, uns que tinham mais dores, outros tinham... outros tinham mais problemas alimentares, outros porque tinham oclusões intestinais, outros tinham fistulas, outros tinham abscessos, outros tinham... Enfim, depois havia qualquer coisa mais que provocava ali sofrimento, não é?

**E: Mas no caso em concreto dele...?**

M: Havia um doente... Esse... Havia esse doente... É assim, esse doente era... Eu recordo-me que era um doente que tinha um tumor... tinha um tumor... um tumor da região do... do... do ânus. Como cresceu muito, aquilo ficou um buraco aberto e o doente tinha um sofrimento atroz de cada vez que... que se fazia alguma coisa. E aquilo estava permanentemente conspurcado com fezes e, portanto, era uma situação de tal maneira degradante que o doente... o doente não queria continuar a viver. Percebes?

**E: Hm hm... Era um sentimento de humilhação ou de...?**

M: Não! Era de degradação! Da... Da sua própria degradação!

**E: Deve ter sido traumatizante para ele.**

M: Como é evidente! Como é evidente! Nós não podíamos... Não havia muita coisa a fazer.

**E: Não?**

M: Não, quer dizer... Aquilo que ele pedia, não!

**E: Como disse que, normalmente, a pessoa não faz o segundo pedido.**

M: Sim, depois não faz o segundo pedido.

**E: Primeiro, porque é difícil fazer. Mas também porque o Doutor dá logo a resposta que é possível dar. E, portanto, eu queria-lhe perguntar como é que, na altura em que recebeu o pedido de eutanásia por parte do doente, o acolheu e lhe respondeu?**

M: Eu ouvi. Eu... eu dei-lhe toda a razão! Porque, se eu tivesse na situação dele, faria exatamente o mesmo! Mas respondi-lhe que não era... não me era possível fazer mais do que aquilo que estava a fazer.

**E: E quando se identificou com a situação dele, no fundo, estava a acolher o pedido. Identificando-se como se estivesse naquela situação...**

M: Tatiana, as pessoas têm que se pôr sempre naquela situação...

**E: Nos sapatos dos outros.**

M: Claro! Porque só assim é que podem perceber porquê o pedido! E, pronto... E, portanto...

**E: Na sua perspetiva, conseguiu entendê-lo?**

M: Muito bem! Entendi-o muito bem!

**E: E queria-lhe perguntar quais foram os seus fundamentos para tomar a decisão de rejeitar esse pedido de eutanásia. Já me falou do código deontológico, obviamente. E também da lei geral. São dois fundamentos suficientemente fortes nessa sua decisão?**

M: Não há mais! Agora... Era necessário... Não, mas a questão não é... Os pedidos não podem ser... não podem ser... Esses pedidos, naturalmente, não podem ser satisfeitos. Agora, o que depois nós temos obrigação de fazer – isso temos todos obrigação de fazer, independentemente da haver pedido ou não – é evitar, a todo o custo, qualquer tipo de encarniçamento terapêutico. Ou seja, medidas que possam ainda prolongar mais a vida sem... sem... sem necessidade... sem necessidade ou... ou justificação. Percebe? Ai, se você quiser... se você quiser chamar a isso uma distanásia... não é uma distanásia! Se quiser chamar a isso uma eutanásia passiva, até o... até o pode fazer. Porque há coisas que nós, à partida, já não fazemos. Sabemos... sabemos que isso que nós não fazemos pode, efetivamente, abreviar um pouco a vida do doente. Mas já não fazemos! Porque é completamente... Até é cruel fazer! Percebe? As distanásias e as... os encarniçamentos terapêuticos são cruéis, não é?

**E: Hm hm... E na forma como lhe respondeu... De que forma é que abordou e como é que falou com ele sobre a sua posição em relação ao pedido de eutanásia?**

M: O que eu disse ao doente foi que era impossível! Não... eu não... não lhe... não lhe dei muitas razões. Expliquei-lhe que não temos um quadro nem legal nem na minha profissão... A minha profissão tem regras que não me permitem satisfazer esse pedido. E, portanto, teríamos que... teríamos que tentar fazer tudo o que fosse possível para... para o pôr confortável sem... sem usarmos essa metodologia. Pronto! Basicamente é isso! E não há mais conversas!

**E: Há pouco disse-me que, se tivesse na situação dele, entendia...**

M: Ai, completamente!

**E: ... A situação, o motivo pelo qual ele estava a dirigir-lhe esse pedido. E é por isso que eu lhe queria perguntar isto: quais eram as suas principais inquietações e preocupações ao cuidar... ao cuidar deste doente em particular?**

M: Este doente, para mim, é um doente como os outros! Não... não... não muda nada. Percebe? A única coisa que muda é que eu fico a saber que ele tem uma vontade à qual eu não posso corresponder. Ponto! E... Agora, tudo o resto que eu tenho que fazer seguramente que há de ser modelado por esse conhecimento! Se ele tem um desejo a que eu não posso corresponder diretamente, mas eu sei que tudo o que lhe faça a seguir tem que ser... tem que ser pesado através dessa... dessa vontade que ele manifestou.

**E: Portanto, a sua principal preocupação em relação a este doente... Eu diria, então, que seria aliviar-lhe o sofrimento.**

M: Isso é a minha preocupação para todos! Não... não... não... não muda nada! Percebe?

**E: Neste doente em particular...?**

M: Não, neste doente em particular... Se eu, por exemplo, tivesse alguma dúvida em... em... em suspender alguma terapêutica que estava a fazer, deixava de ter!

**E: Claro, a pessoa foi bastante clara!**

M: Percebe? E é a única diferença. Não há mais nenhuma!

**E: Há bocadinho disse-me que entende porque é que o doente teve a capacidade de falar disto consigo, até pela relação que vocês estabeleceram ao longo do tempo.**

M: Eu entendo que o doente tem a capacidade de falar disto comigo porque... porque tem alguma confiança e porque achou que eu era a pessoa que... que o podia ajudar. Podia ter falado com outro médico ou com um enfermeiro ou um... Mas falou comigo, percebe? Provavelmente, por causa de uma relação de confiança, falou comigo sobre isso.

**E: E é sobre essa relação que eu lhe queria perguntar. Como é que era a sua relação com o doente antes de ele lhe ter feito o pedido de eutanásia?**

M: Era uma relação normal. É como com qualquer doente. Não... não é diferente.

**E: Recorda-se da pessoa que ele era?**

M: Já lhe disse que não... Eu não tenho muita ideia do... do... da pessoa em si, percebe? Portanto, não... não lhe consigo descrever isso com tantos pormenores.

**E: Não... Eu estou a falar disto porquê? Porque recorda-se de me ter dito, no início da nossa conversa, que normalmente as pessoas têm...?**

M: Não... Eu tenho ideia que esse doente era um doente interessado em viver. A primeira preocupação dele foi tentar sobreviver, como todos. Mas a partir de certa altura...

**E: Eu estava a fazer-lhe uma pergunta, porque no início falou-me que normalmente tem ideia de que as pessoas com... que fazem estes pedidos de eutanásia têm...**

M: São pessoas que gostam de tomar decisões. Sim, tomam decisões! Ouça... Não sei se este doente, na vida dele, era um doente que tomava decisões com facilidade ou não. Sei que – do que me recordo, mal! – é um doente que, no início, queria sobreviver e, a seguir, deixou de querer.

**E: Acredita que... ou tem... tem a percepção de que a sua relação tenha sido alterada pela receção deste pedido de eutanásia?**

M: Não... Não... Nada se altera! Eu percebo muito bem porque é que as pessoas me pedem isso. Não se altera nada na relação. Eventualmente eles podem ficar um bocadinho decepcionados por eu não poder ajudar a fazer aquilo que eles pedem.

**E: Há bocado disse-me que percebe perfeitamente o que é que as pessoas lhe pedem.**

M: Percebo perfeitamente porque é que as... algumas pessoas me pedem isso! Percebo perfeitamente!

**E: Então explique-me!**

M: Não... Eu percebo, porque... Eu ponho-me no lugar das pessoas e, se eu tivesse naquele lugar, eu pedia exatamente o mesmo! Pedia! Eu fazia exatamente o mesmo pedido!

**E: E, normalmente, que lugar é esse em que as pessoas estão para sentirem a necessidade de solicitar ajuda médica para morrer?**

M: Estão num lugar em... em que a situação de sofrimento e de... de dependência lhes é intolerável, que era um lugar onde eu estaria. Se eu estivesse numa situação de dependência absoluta e intolerável, sem possibilidade de recuperar, eu faria um pedido desses. É esse o lugar onde as pessoas estão. E é por isso que nós não podemos ser paternalistas em relação a essas pessoas. Percebe?

**E: Sim. Para si, o pedido que, se tivesse no lugar dessas pessoas, faria era um pedido de assistência médica ao suicídio ou era um pedido para praticar a eutanásia?**

M: Não vejo nenhuma diferença. Se queres... se é isso que queres... se queres saber, não vejo nenhuma diferença, Tatiana. Se eu ajudar alguém a morrer, tanto a ajudou...

**E: Não, não, não... a ajuda existe!**

M: Eu sei.

**E: Mas há pessoas que por elas próprias...**

M: Sim, mas... sim, por elas próprias. Para mim... para mim não... não há muita diferença. É evidente que eu preferia não ter que... não ter de ser eu a executar o ato.

**E: Mas sim ser a própria pessoa a responsabilizar-se na íntegra pela situação.**

M: Exatamente! Exatamente!

**E: Recorda-se de ter tido... Porque me disse que ele tinha família... Recorda-se de ter tido interações com a família do doente que lhe fez esse pedido de eutanásia?**

M: Não... não... não me recordo nada.

**E: Recorda-se, sobretudo, da sua relação com o doente...**

M: Com ele, sim. Não me recordo nada do resto.

**E: A presença da família não era...**

M: Não me recordo... Não me recordo... Não me recordo, Tatiana. É escusado! Eu não me recordo disso. Não vale a pena.

**E: Agora queria fazer-lhe duas perguntas finais relativas à sua perspetiva pessoal sobre a morte medicamente assistida. E queria perguntar-lhe de que forma é que, no seu entender, o suicídio medicamente assistido e a eutanásia se enquadram na sua perspetiva pessoal sobre o seu papel enquanto médico?**

M: Eu... não sou médico para... não sou médico para ajudar as pessoas a... a suicidarem-se. Mas, se chegarmos a determinadas circunstâncias em que isso seja o genuíno desejo do doente, não sei porque não poderei eu prestar essa ajuda, sendo eu o médico do doente. Não percebo porque não!

**E: Eu interpreto isso como estando a dizer-me: eu enquadro a morte medicamente assistida no meu papel de médico em situações excepcionais. É isso?**

M: Não! O meu papel de médico não é ajudar ninguém a matar-se. Mas, em determinadas circunstâncias, se alguém entender que quer rigorosamente... que quer genuinamente fazer isso, eu tenho obrigação de ajudar. Ou, por outra, devia ser uma obrigação minha ajudar.

**E: E, portanto, na sua perspetiva a morte medicamente assistida enquadra-se ou não se enquadra?**

M: Enquadra-se nos meus deveres enquanto médico de um doente. Poderá enquadrar-se nos meus deveres enquanto médico de um doente.

**E: E, para si, enquadra-se porque motivo?**

M: Eu já expliquei! Porque se eu estou a fazer tudo... se o interesse do meu doente é... deve ser a minha primeira preocupação, então, porque não? É porque é o interesse do meu doente!

**E: Sim, isso significa que consegue colocar-se do lado de lá.**

M: Claro!

**E: E queria-lhe perguntar também se a sua experiência com a receção de pedidos de eutanásia alterou, de alguma forma, a sua perspetiva sobre a morte medicamente assistida.**

M: Não... não... Eu já tinha pensamento sobre isso, mas não... não... não foi por me pedirem que eu... que eu alterei... Enfim, posso pensar um bocadinho mais quando recebo um... Quando um pedido... Quando sou confrontado com um pedido posso pensar um bocadinho melhor nas coisas. Como é que são? Filosoficamente são assim ou assado, frito ou cozido, mas não... não foi por isso que alterei a minha... a minha maneira de pensar.

**E: Que era qual?**

M: Não... Eu nunca... Eu, ao início, não tinha uma... uma ideia definida. Posteriormente, com o meu... com o meu aprofundar de experiência na... nesta... nesta especialidade vim a perceber que, de fato, os doentes têm o direito de manifestar a sua opinião e de... e a sua vontade e de ela ser satisfeita sempre que possível.

**E: E já tinha uma perspetiva favorável em relação a estas duas formas ou vertentes da morte assistida (quer seja o suicídio assistido quer seja a eutanásia)?**

M: Eu não tinha uma perspetiva... não era favorável nem era desfavorável. Tal como, neste momento, não... não é! Eu vejo isto mais a partir da... da perspetiva da pessoa que pede do que da minha perspetiva. Portanto, vejo mais na perspetiva do outro do que na... na minha perspetiva. Eu acho que não tenho aqui muita... não tenho que ter muita opinião a favor ou contra. Enfim... Se for contra, sou contra! Pronto! Mas não sou! Acho que... acho que... acho que um desejo genuíno, expresso por alguém, relativamente à sua

própria vida, em princípio, não é uma coisa em que eu tenha que... Não tenho que fazer juízos morais disso.

**E: E, portanto, a sua perspetiva já era em que sentido?**

M: Não... A minha primeira perspetiva não era nada, Tatiana!

**E: Qual era a sua atitude perante... o que é que para si...?**

M: A minha atitude é esta: se o doente genuinamente tem vontade... aquela pessoa genuinamente tem vontade de pôr termo à sua vida, por uma razão que é absoluta e que é... tem uma doença que só lhe vai causar mais sofrimento, não tem retorno nenhum, essa vontade deve ser... deve ser... deve ser concedida.

**E: Por fim, queria-lhe perguntar... E responda-me só sim ou não... Se, para além de si, conhece algum outro médico que também tenha sido solicitado por um doente para lhe prestar auxílio no suicídio ou para praticar a eutanásia.**

M: Conheço!

**E: Gostaria de lhe agradecer esta entrevista.**

M: Nada.

[2ª parte da entrevista]

**E: Quando estava a transcrever a sua entrevista, apercebi-me que, como foi tudo tão rápido, eu não consegui fazer-lhe algumas perguntas.**

M: Sim, diz lá... O que é que faltou?

**E: O que é que faltou? Recorda-se que o pedido de eutanásia que elencou como sendo o mais significativo para si foi o pedido de uma pessoa que apelidou de um jovem doente. Recorda-se? E o jovem doente seria a pessoa com menos de 40 anos, que tinha um tumor que, na altura, o Doutor designou inicialmente... porque não saberia se era do cólon, mas depois mais à frente disse que seria um tumor na região do ânus. Recorda-se? Confirma o diagnóstico?**

M: Sim... Sim, tenho... Eu... Eu não me recordo bem da... dos pormenores, mas a ideia que tenho é que era um... é um... era... não era um tumor do cólon. A ideia que eu tenho é que era um tumor com um ponto de partida numa... numa... num... como é que se chama, pá? Num... (sliêncio) Oh pá, num quisto dermóide! Ou seja, um quisto dermóide normalmente é uma... é uma... é uma... é uma... é uma lesão que se desenvolve a partir de... de... de restos de tecido embrionário. Portanto, aquilo tende a desenvolver-se na região sagrada, na região do coxix, junto ao ânus. E... e... e..., quando aquilo cresce, quando... quando se... quando se remove a lesão, é frequente haver esboços de dentes, de cabelos, porque aquilo é... o quisto dermóide é... é um... é um... é um... é um... uma... uma lesão que se origina em... em... em vários tecidos que são remanescentes embrionários disso. Está a perceber? Pronto! Portanto, o quisto dermóide, muitas vezes, quando não é removido provoca uma... uma reação de... de inflamação crónica e, por vezes, quando essa reação é prolongada, a partir daí cresce um tumor que, normalmente, é muito difícil de tratar e que esse jovem já tinha numa fase relativamente avançada. Portanto, o que é que aconteceu? Esse jovem tinha uma lesão grande, necrosada, que cheirava mal, que

estava permanentemente conspurcada com fezes, porque entretanto a lesão foi crescendo, foi ulcerando, foi abrindo os tecidos à volta do sacro e do perineo. E, portanto, a certa altura... Logo, o jovem, depois... Entretanto a doença progrediu, já tinha metástases... E, portanto, o jovem tinha uma... uma... uma... uma... uma situação completamente insustentável de... de... tinha um buraco naquela região com conspurcação de fezes, com dor e com um cheiro pavoroso que afastava praticamente toda a gente de ao pé dele. Percebes? E foi por isso que ele... que eu penso que ele fez o pedido de... que ele fez o pedido.

**E: E pensa que o pedido... mantém que aquilo que ele lhe fez ou que aquilo que lhe estava a ser dito era um pedido de eutanásia?**

M: Sim, sim! Ele fez o pedido expresso! Acho eu.

**E: Na entrevista anterior disse-me que tinha sido um doente jovem porque o doente tinha menos de 40 anos.**

M: Tinha menos de 40 anos.

**E: Estamos a falar de um doente na casa dos 20 ou na casa dos 30?**

M: [—] [< 40]!

**E: E recorda-se que nós conversámos sobre o doente, mas depois acabámos por não conseguir ter muitos elementos para o caracterizar? Porque você recordava-se que ele não tinha uma licenciatura, mas provavelmente tinha uma escolaridade média... E, portanto, isto corresponde ao ensino secundário?**

M: Ele tinha... penso que tinha a escolaridade obrigatória. Era um... era... Do que eu me recordo, era um jovem... enfim, com alguns... enfim... alguns comportamentos mais complicados. Um homem... Um jovem com uma família pouco estruturada, dependente sobretudo de uma mãe. Que eu me... que eu me recorde! E, portanto, o jovem... O jovem não tinha emprego, não é? E, portanto, tudo... tudo isto somava... Mais a situação em concreto... Tudo... tudo somava para que ele, de fato, tivesse... tivesse feito o pedido.

**E: E ele... Essa mãe seria o pilar da... da... da relação familiar?**

M: Essa mãe tinha algum... enfim, salvo erro, havia algum... A mãe estava presente!

**E: Era a cuidadora, ou não? A cuidadora principal?**

M: Sim, a mãe... a mãe, depois, passou a ser a cuidadora. Mas a mãe não... A mãe tinha tido um conflito com ele e, portanto, havia uma pedra no sapato. Mas a mãe... A mãe assumiu-se como cuidadora. Claramente!

*(interrupção telefónica)*

**E: Estávamos a falar da mãe do rapaz.**

M: A mãe... a mãe, depois, assumiu. Mas o rapaz não... aquilo não era situação que... que ele... que ele achasse tolerável. Percebe? Portanto, há situações em que, de fato, os doentes não... não acham... não acham que seja digno continuar. Eu penso que foi por isso que o rapaz acabou por fazer um pedido expresso. Não é?

**E: A mãe assumiu-se como cuidadora, não obstante a relação difícil que teria havido no passado?**

M: Sim, a mãe depois acabou por assumir... acabou por assumir o papel. Embora, naturalmente, lhe custasse. Repare, estamos a falar de uma altura em que não havia Rede de Cuidados Integrados, não havia... Pronto, havia... Não havia muita coisa à volta.

**E: E essa... E ele era cuidado em casa na altura em que fez o pedido?**

M: Depois acabou por ser cuidado em casa, sim.

**E: Mesmo na altura em que fez o pedido?**

M: Sim.

**E: O que eu percebi daquilo que me... do que me falou, o pedido de eutanásia foi-lhe feito cerca de 1 mês/1 mês e meio antes de ele efetivamente falecer.**

M: Sim, foi feito com pouco tempo antes de...

**E: O pouco tempo antes corresponde a este mês? Ou porque era... foi a altura em que me falou do prognóstico?**

M: Sim... Sim, foi relativamente próximo. Foi relativamente próximo, sim.

**E: E recorda-se, na altura em que ele morreu, do que é que aconteceu?**

M: Não me recordo... não me recordo... Diga?

**E: Do que é que, na altura, foi...**

M: Ele morreu... Acho que ele morreu infetado. Acho que teve uma infeção. Infetou-se e morreu. Acho que foi por... por isso.

**E: Na altura em que o pedido de eutanásia concreto lhe foi feito, como é que você se sentiu?**

M: Quer dizer, eu... eu pensei...

**E: Quando percebeu exatamente o que é que lhe estava a ser pedido...**

M: Sim, eu... Ouça, eu... eu não me escandalizo com isso! Acho que as pessoas têm... Sabe o que é que eu acho? Eu vou-lhe repetir o que disse num... a uma... a uma... a uma... a uma senhora [—]... E quis-me ouvir. Na altura eu era [—] e ela quis-me ouvir. Eu... eu não acho normal que um médico, que se comprometeu e que jurou pôr o interesse do seu doente no primeiríssimo dos primeiríssimos lugares... Portanto, o médico tem esse juramento. Fez esse juramento! Essa... Essa é... A essência da profissão médica é pôr o interesse do doente em primeiro lugar! O médico acompanha um doente meses ou anos. Percebe o contexto! Este contexto é um contexto completamente miserável! Percebe? É como um doente que fica tetraplégico e fica irreversivelmente tetraplégico e não... e não vai conseguir nunca ter qualquer autonomia ou qualquer ato de... Percebe? Um doente, nessas circunstâncias, portanto, percebe que a situação é de extrema dificuldade e penosidade para a... para o doente. Quer dizer, não acho normal que um médico não possa continuar a ajudar o seu doente! Desde que, volto a dizer... Vamos lá ver! Aquilo

que separa um médico de um assassino é a não-arbitrariedade! Não é? Portanto, um médico não pode arbitrariamente matar! Mesmo que lhe peçam! Agora, não vejo porque, numa circunstância muito bem definida e tipificada, que corresponde comprovadamente à vontade da... da... da pessoa, não vejo porque é que o médico que ajuda a pessoa não... não a pode ajudar, não a pode continuar a ajudar! Portanto, o pedido, a mim, não me... não me... não me choca! Percebe? Depois, o trabalho que eu tenho que fazer é esse! É eliminar as áreas de arbitrariedade! Aliás, em Portugal, eu estou proibido pelo meu código deontológico de ter qualquer... ou de cometer qualquer ato que... que... que se possa considerar um ato de eutanásia. Mas, perante um pedido desses, eu tenho obrigação de perceber exatamente o que é que... o que é que está na génese desse pedido, o que é que leva aquela pessoa a fazer aquele pedido. Para ver se eu o posso ajudar! Não cometendo ou ajudando-o a cometer uma eutanásia, mas ajudando-o a superar o sofrimento que possa, eventualmente, estar a induzi-lo a fazer o pedido. Percebe? Portanto, é isso é que eu tenho que fazer! Tenho que perceber se há alguma coisa que eu possa corrigir, onde possa intervir para que o doente diminua, enfim, o sofrimento e, portanto, retorne mais uma vez a uma... a uma situação de equilíbrio, não é? Tanto quanto possível! Eu não sei se estou a dizer isto bem, se não, mas... mas você está a perceber onde eu quero chegar. Ou seja, se alguém me diz: pá, eu quero pôr termo à vida, isto para mim não é vida! Se me está a dizer isso porque há um conjunto de circunstâncias, potencialmente reversíveis, que o estão a afetar, se me está a dizer isso por causa dessas circunstâncias, eu tenho obrigação de as corrigir! Se as corrigir, provavelmente, a pessoa achará que o pedido que fez não tem justificação. Agora, se eu eliminar todas essas causas e, mesmo assim, a pessoa pedir, eu não tenho solução para ela! Porque eu não posso cometer uma eutanásia! Mas não me choca que a pessoa peça! E acho... Não acho normal que um médico, que acompanha o seu doente, não o possa nessas circunstâncias muito especiais e, naturalmente, que dificilmente poderá ser apenas um médico a... a tomar a decisão. Não me parece que isso... Percebe? É um... é um passo que, eventualmente, se tem que dar um dia... um dia destes. Portanto, o pedido não me chocou! De todo!

**E: Mas como é que se sentiu?**

M: Não me senti... Achei que... achei que era... Senti-me impotente, no fundo, para o poder ajudar, não é?

**E: Hm... hm... Senti-se impotente.**

M: Sim, impotente para o ajudar!

**E: Essa experiência de... Antes de ir à experiência. Falou-me que o seu papel aqui, e perante um pedido desta natureza, seria eliminar as zonas de arbitrariedade.**

M: Será eliminar tudo aquilo que possa estar a contribuir para que o doente faça esse pedido e que possa ser revertido de maneira a que o doente retire o pedido. Percebeu mais ou menos?

**E: Percebi! Mas no caso em concreto deste doente...**

M: No caso em concreto deste doente não... não havia nada.

**E: O que é que eliminou?**

M: Não eliminei mais nada. A situação em si é que era terrível! Percebe? Eu não eliminei praticamente mais nada, porque repare: há um limite! Aqui, a atuação tinha que ser... tinha que ir para além das meras razões médicas, não é? Portanto, como já percebeu, o doente era um doente com problemas comportamentais, com uma... uma família...

**E: O que é que isso quer dizer: problemas comportamentais?**

M: Eu penso que o doente tinha tido, enfim, experiências de adição a psicotrópicos. Se a memória não me... não me falha. Portanto, um doente com problemas de comportamento, com um desajuste familiar, eventualmente também desajustado socialmente, com... com... com fracas ligações, enfim..., uma... um mundo de relação muito... muito limitado. Enfim, mais ou menos... Eu não lhe vou dizer se era um doente rejeitado ou não, mas vivendo com dificuldades. No fundo, sem esperança, sem objetivos, sem... Portanto, há um conjunto de coisas que eu não sei se era possível corrigir. Agora, quando esse conjunto de coisas, que já são por si complicadas numa pessoa saudável, se juntam a uma... a uma... a uma doença daquele tipo, enfim, eu percebo que é muito difícil a pessoa não dizer a determinada altura: epá, acabe com isto, que eu já não... não quero mais estar aqui neste... neste... neste mundo! Não é?

**E: É curioso dizer isso, porque o perfil da pessoa que me descreveu não corresponde àquele que... àquele que seria expectável para o perfil mais comum de pessoas que se sabe fazerem este tipo de pedidos. E portanto...**

M: Ouça, você imagina as pessoas que... as pessoas que fazem este tipo de pedido são pessoas muito racionais, muito... muito orientadas, mas... e que... e que... com uma vida muito preenchida e que, em determinado momento, são confrontadas com uma situação de degradação irreversível da... da sua... Pois! Mas nem todas são assim! Nem todas são...

**E: E isso não invalida que o pedido tenha...? Ou seja, não invalida que o pedido seja tão genuíno quanto seria noutra classe social, numa pessoa mais diferenciada?**

M: De todo! De todo! De todo! De todo! De todo! De todo! Não... De todo!

**E: Porque a questão que se coloca é se a pessoa está tão vulnerável ao ponto de, depois, fazer o pedido. E...**

M: Mas é isso que eu lhe estava a dizer! Ou seja...

**E: Mas será que um pedido de eutanásia deixa de ser genuíno pelo fato de a pessoa estar vulnerável? É a pergunta que eu faço!**

M: Mas é isso que eu lhe estou a dizer! É preciso... Perante um pedido desses é preciso, sempre, tentar eliminar as causas que podem ser corrigidas e que, eventualmente, podem condicionar a reversão do pedido. Está... está a perceber?

**E: Hm hm... Mas neste caso...?**

M: Neste caso, deste doente, seria muito mais difícil reverter um conjunto de causas.

**E: Pois, porque são estruturais!**

M: Pois... Portanto, está a ver? É... Não me admira nada... Não me admirou nada que tivesse havido o pedido!

**E: Pois, o perfil do doente é que não corresponde ao dos doentes que habitualmente fazem pedidos desta natureza noutros países.**

M: Pois, mas o problema dos perfis é que é complicado...

**E: Portanto, tendo-se sentido impotente... Já me disse como é que se sentiu perante o pedido de eutanásia que o doente lhe dirigiu. Mas sentiu que a experiência de ter recebido esse pedido o afetou emocionalmente?**

M: Não me afetou nada! Oh, Tatiana, o receber um pedido... Não, não! Porque o que me afeta emocionalmente... Vamos lá ver! O meu... Para já, já tenho uma carapaça! Porque ando nisto há... há muitos anos. Há uma... há uma... há uma carapaça, tenho que admitir! Eu já não... já não lido emocionalmente com as coisas exatamente da mesma maneira que lidava quando comecei a ver os meus primeiros doentes e a... e a ver os meus primeiros doentes morrer. Não é a mesma coisa! Não significa que não haja desgaste emocional ou... Nada! Antes pelo contrário! Antes pelo contrário! Mas não... eu não me afeto quando... não... não... não tenho nenhuma repulsa ou reserva ou... a receber pedidos desses. A questão é: as pessoas podem-me pedir, eu não o posso fazer! Mas eu não tenho reserva nem... nem recebo esses pedidos com... Acho... acho que esses pedidos derivam da livre... da... da... da... da... da liberdade individual e da... e da assunção das pessoas como seres de pleno direito. Ao contrário do... do que se pensa, essas pessoas assumem aí a sua liberdade de seres pensantes e de seres... de seres com... com... com dignidade inerente ao ser humano.

**E: Mas o estado emocional que... que associaria ao momento em que recebeu aquele pedido de eutanásia, qual seria?**

M: Não... Apenas a... a surpresa de alguém com... de alguém naquelas circunstâncias me fazer um pedido que, habitualmente, também não estou... Lá estamos nós: o tal perfil...! É apenas a surpresa! Mas não... não é mais do que isso.

**E: Mas não há afetação emocional?**

M: Não, porque eu... eu continuo a dizer: eu acho que, quando as pessoas pedem isso, pedem porque assumem... estão a assumir um ato de liberdade e de... de livre consciência. Acho eu! Se você me perguntar: mas não... não... não subentende que, por baixo desse pedido, há muito sofrimento? Eu já sei que há! Sei que há, porque sei o que é que a doença faz e sei... e sei o... o que é que a doença pode condicionar. Portanto, isso já não é surpresa. Já sei, claro! O sofrimento já lá está! Portanto, não é o fato de haver um pedido...

**E: Que vai... que vai alterar o seu estado emocional. É isso?**

M: Sim! Sim!

**E: Na altura em que recebeu este pedido de eutanásia, sentiu necessidade de falar com alguém sobre o mesmo?**

M: Não! Não! Não... não vejo porque!

**E: Nunca... nunca sentiu necessidade de partilhar este pedido em concreto?**

M: Não é que não fale... Não é que não fale... Falo! Nós falamos... Nas nossas reuniões de serviço falamos... enfim destas... dessas ocorrências, mas não... não por necessidade... por necessidade emocional. É por... É puramente racional! Não... não tem a ver com...

**E: Partilha de casos clínicos?**

M: Sim!

**E: Numa lógica de partilha de casos?**

M: Não, na lógica da... da partilha e do aconselhamento! De... de orientação, não é?

**E: Por isso é que foi útil ter falado com a equipa sobre o caso?**

M: Sim, é sempre útil falar com a equipa sobre isso.

**E: E, para além da equipa, sentiu necessidade de partilhar este caso com outras pessoas?**

M: Não!

**E: Por exemplo, a nível familiar ou a nível de amigos.**

M: Não! Não! Não... não... não... não sinto a necessidade. Não quer dizer que, eventualmente, não partilhe. Mas não sinto a necessidade de...!

**E: E, se partilhou este pedido de eutanásia com a equipa porque o considera útil, o que é que dessa conversa extraiu para, de fato, ajudá-lo a tomar uma decisão?**

M: Vamos lá ver! Já... já que nós estamos impedidos de atender aos desejos dos doentes, destes doentes que nos fazem estes pedidos, ao menos que não cometamos nenhum ato de encarniçamento terapêutico. E é isso é que se fala com a equipa!

**E: Hm... Portanto, retirar tudo aquilo que poderia tornar-se fútil.**

M: Tudo! E como nós próprios, quando somos os médicos cuidadores, temos alguma tendência em exagerar, é preciso que os outros nos digam: não vale a pena fazer, isto é a mais..., está a mais..., está a mais..., está a mais!; é encarniçar, é encarniçar!; tira!. É isso que se faz em grupo. Que é muito útil!

**E: E, depois, pelo lado humano e emocional? Quem é que o... quem é que o...? Com quem é que ele é partilhado?**

M: Ouça, nós todos quando... quando partilhamos um caso também partilhamos alguma emoção e alguma... alguma sobrecarga, não é? Enfim... E, depois, falamos em casa. Em regra, na... enfim, com as nossas... com as pessoas de quem... que nos são mais próximas falamos! Sempre falamos de alguma coisa, não é?

**E: E tem o... tem o feedback de como é que a equipa reagiu perante este pedido de eutanásia?**

M: A equipa reagiu a este pedido como... como reage a outros! Este não foi o único!

**E: Não?**

M: Não!

**E: Para a equipa não foi?**

M: Não! Para a equipa, não! A equipa reage ao pedido com normalidade. Não... Não há nenhuma... Não há nenhuma... Não há aqui nenhuma... nenhum encapelamento. Não há! Portanto, nós não podemos fazer eutanásia. Podemos é ajudar... Podemos é ajudar o doente a... Mais uma vez é o trabalho de eliminar as causas que possam ser eliminadas e que estejam a contribuir para isto. E tentar perceber que o doente aumentou o nível de sofrimento para fazer o pedido e tentar atuar nesse sentido. Basicamente é isto que a equipa faz! Que nós fazemos!

**E: E acha que dentro da equipa, mesmo perante os outros pedidos de eutanásia de que tem conhecimento terem existido, este pedido foi um dos mais explícitos que a equipa recebeu? Ou não?**

M: Não! Não! Não!

**E: Houve outros tão ou mais explícitos?**

M: Sim! Houve outros tão explícitos!

**E: E que correspondem ao tal perfil, ou não?**

M: Nem todos! Alguns são pessoas que andam próximas do perfil deste doente, também! Nem todos! Nem todos correspondem ao tal perfil!

**E: Para a equipa e para si, sobretudo, quais foram os principais argumentos utilizados ou avançados para tomar a decisão ou fundamentar a decisão de rejeitar o pedido?**

M: Tivemos que explicar... tivemos que explicar às pessoas que nós estamos impedidos pelo nosso código deontológico e pela lei portuguesa de executar atos dessa natureza. É... Basicamente é isso. É tão simples como isso!

**E: Recorda-se... Na altura em que falámos sobre a sua relação com o doente disse-me que seria uma relação de confiança. Designou-a como uma relação de confiança.**

M: Sim... Era... era uma relação de... enfim, que existe entre um médico cuidador e o seu doente.

**E: Mas disse-me que já o acompanhava há muito tempo. O muito tempo não sei quanto tempo é, mas estamos a falar de anos?**

M: Epá, não me lembro, mas... não sei. [—] [< 5] anos, talvez! [—] [< 5] anos... Não me lembro.

**E: E durante esse... esse tempo falou-me que... Portanto, deu-me uma novidade. Aqui, este elemento da mãe seria, vá lá, a pessoa mais representativa da família do doente. Mas, durante todo este processo, recorda-se das interações que teve com a família dele ou, pelo menos, com a mãe?**

M: Com a mãe! Sim, com a mãe! Com a mãe! Quando foi preciso, a mãe... A mãe inicialmente esteve relutante, mas depois quando foi preciso veio, não é? Não...

**E: E ela teve conhecimento deste pedido de eutanásia, ou não?**

M: Penso que sim. Penso que teve. Não tenho a certeza, mas penso que sim.

**E: E não se recorda da reação que ela teve perante o pedido?**

M: Não me recordo, honestamente. Não, acho que ficou... Ouça! Eu acho que ela ficou triste, não é? Se eu bem me... Tenho um resquício... Acho que houve uma tristeza, mas acho que não houve... nem... não acho que tenha havido surpresa. Percebe? Também... Porque acho que, para ela, também era penoso. E acho que, para ela, também havia alguma... havia alguma crueldade na... na... no arrastar da situação. Percebe?

**E: O arrastar estamos a falar destes [—] [< 5] anos?**

M: Não, estamos a falar do tempo em que ele já estava com... com a lesão aberta e com... infetado e com a... com a conspurcação.

**E: Ah, isso foi menos tempo!**

M: Sim. E, portanto, a mãe sentiu que o arrastar daquela situação, para ele, era cruel. Acho eu! Acho que foi isso que ela sentiu! A mãe era... A mãe achou que era cruel para o filho e que era injusto para o filho aquela... aquele nível de dificuldade. Percebe?

**E: De sofrimento... Acho que estamos conversados.**

M: Estamos? Ainda bem!

**E: Ah, diga-me só mais uma coisa que eu ainda não lhe perguntei. Mas isso pode-me dizer enquanto...**

M: Diga.

**E: Há quantos anos é que anda nesta vida, como me disse?**

M: Da Oncologia?

**E: Sim! Há bocadinho é que designou assim: eu ando nesta vida...**

M: [—] [> 20] anos... para aí!

**E: Durante este tempo todo o que é que, para si, tem sido mais significativo ao longo da sua experiência profissional. Ou pelo menos aquilo que, por ser tão significativo, lhe suscitou mais motivos de reflexão em relação à sua prática clínica.**

M: Ouça, nestes [—] [> 20] anos, aquilo que eu acho mais extraordinário foi a possibilidade que nós hoje temos de curar doentes que antes eram impensáveis! E a... e a... e a forma como nós hoje somos capazes de os abordar, de forma a que possamos impedir que... que se chegue àquele ponto, onde... onde este jovem chegou, não é? Onde este rapaz chegou... O... A evolução que houve e a... e a... e aquilo que nós hoje podemos, efetivamente, fazer aos doentes, que... que... que não podíamos quando eu comecei nem sonhávamos que era possível quando eu comecei nesta... nesta vida, é... é... é extraordinário! Percebe? Portanto... É que não tem comparação nenhuma! Não... não...



não... As... as... as... as... as toxicidades dos tratamentos, o... o... o... o... a capacidade de... de... de... de... de induzir respostas, a maneira como nós conseguimos combinar terapêuticas e tratar doenças que antes eram consideradas incuráveis e irreversíveis como, por exemplo, metastizações hepáticas de... de alguns... de alguns tumores. Antes os doentes tinham... eram... eram 6 meses. Os doentes neste momento curam-se! Portanto, não... não há... não há medida...

**E: De comparação, não é?**

M: Pois, mas eu já sou um dinossauro nesta casa. E não... Não há medida! Não há termo de comparação! E não... Não tem nada a ver! São... É um... É extraordinário!

**E: Isso é o que o tem deixado mais..?**

M: É! E é isso que ainda me aguenta nesta vida, porque se não eu já... já a tinha deixado.

**E: Era só tristezas...**

M: Pois, era só... era só dificuldade, está a perceber?

**E: Hm hm...**

M: *(silêncio)*

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO MÉDICO M5**  
**[M5, Masculino, ≥ 50 anos, Oncologia e Transplantação]**

**E (entrevistadora):** Em primeiro lugar, gostaria de lhe agradecer o fato de se ter disponibilizado para conversar comigo relativamente à sua experiência pessoal com, pelo menos, um pedido de eutanásia que me disse que recebeu durante toda a sua prática clínica. E começo esta conversa por lhe perguntar a sua idade.

M (médico): [—] [≥ 50].

**E: [—] [≥ 50] anos. E gostava que me dissesse, de uma forma muito breve e sucinta, qual é o seu percurso académico desde a conclusão da sua especialidade médica até à eventual realização de outras formações complementares.**

M: Ahhhhh... Eu sou oncologista médico. Sou oncologista médico há [—] anos. Fiz muitos anos de... de... de uma coisa relacionada com... com a Oncologia. Uma técnica específica que é a transplantação de medula óssea.

**E: Hm, hm... Mas isso aqui também no [—]?**

M: Aqui... aqui... aqui... no [—]. Trabalhei nos [—] e trabalhei em [—] durante [—] anos.

**E: Em cada um dos sítios ou no total?**

M: Não, na totalidade [—] anos. Trabalhei [—] [< 5] anos nos [—] e [—] [< 10] anos em [—].

**E: E, em relação à sua especialidade, o Doutor concluiu-a aqui ou noutro hospital?**

M: Conclui-a aqui. Aqui, nesta casa.

**E: E a sua formação médica de base foi feita em que faculdade?**

M: Na Faculdade de Medicina [—].

**E: Em que data? Recorda-se?**

M: [—].

**E: [—] [década de 80]. Mas a conclusão da especialidade foi em...?**

M: Em [—].

**E: E, depois, essas incursões internacionais foram...?**

M: Antes de...

**E: ... Antes de concluir a especialidade?**

M: Sim.

**E: E está no [—] desde que a concluiu?**

M: Sim, há [—] anos.

**E: Sempre aqui, na Oncologia Médica?**

M: Não... não... não... Na Unidade de Transplante de [—] durante [—] anos. Na Oncologia Médica há [—] anos.

**E: E houve algum fator que, eventualmente, possa ter sido decisivo para a escolha da sua formação na área da Oncologia? E, sobretudo, desta especialização na área do transplante de medula óssea.**

M: A especialização na área de medula óssea foi uma... uma... um acontecimento fortuito. A especialização na área de Oncologia foi uma tentativa de entrar numa área onde não houvesse mais médicos do que doentes. Que era o que existia nos anos 80. Nos anos 80, os doentes com neoplasias malignas eram... eram tratados por médicos, que não eram médicos de segunda categoria, mas eram médicos que não eram especializados nessa área. E eram doentes que não queriam ser tratados por ninguém. Enquanto que havia áreas específicas dentro da Medicina que eram muito concorridas: a Cardiologia, a Nefrologia... Havia técnicas novas. E a decisão foi uma decisão de ir para uma área onde houvesse muito que fazer e a concorrência em termos de... de... em termos de outros profissionais de saúde fosse menor e houvesse um melhor ambiente de trabalho.

**E: Tendo em consideração que já me disse que está há [—] anos no [—], queria-lhe perguntar se, desde que concluiu a sua especialidade, trabalhou nalgum outro estabelecimento.**

M: Trabalhei em mais [—] estabelecimentos no país e em mais [—] estabelecimentos fora do país.

**E: E foram sempre hospitalares?**

M: Sempre hospitalares.

**E: E sempre na área de Oncologia?**

M: Sempre na área de Oncologia.

**E: Queria-lhe perguntar qual é o aspeto que destacaria mais da sua experiência profissional e como é que definiria o perfil de doentes de quem tem cuidado ao longo da sua prática clínica.**

M: Ah... Eu não consigo ver exatamente aquilo que me está a querer perguntar. Qual é o aspeto mais...?

**E: O que é que destacaria da sua experiência profissional? Aquilo que, olhando para trás e fazendo uma reflexão sobre a sua prática clínica, elencaria como sendo o mais importante para si.**

M: Sob o ponto de vista humano ou sob o ponto de vista científico?

**E: Sob o seu ponto de vista! E, se quiser, pode considerar ambos os pontos de vista...**

M: Sob o meu ponto de vista...

**E: Sobre o seu ponto de vista pessoal.**

M: Sob o meu ponto de vista pessoal...

**E: O que é que, para si, tem sido mais significativo ao longo da sua experiência?**

M: O que é mais significativo ao longo da minha experiência é eu tornar-me capaz, através das competências que tenho vindo a adquirir (sejam elas científicas ou humanas) e através de uma coisa que é muito nacional, que é a capacidade de desenrascanço, fazer o melhor possível por um doente que me é entregue, quer eu tenha alguma empatia ou não tenha empatia com o doente, no sentido de orientar as coisas de modo a que o doente seja tratado o mais rapidamente possível e o mais adequadamente possível com as condições que me são dadas.

**E: Adequar as expectativas à...**

M: À realidade! Principalmente nos últimos anos tem sido cada vez mais difícil fazê-lo.

**E: Sente que o caminho tem sido o inverso?**

M: O caminho tem sido o inverso, certamente... nos últimos 5/6 anos. Os doentes estão cada vez mais informados sobre aquilo que se passa. Têm internet, vêm com folhas de tratamentos que querem fazer... E nós temos, por um lado, a administração hospitalar que não autoriza 90% das... das... das indicações terapêuticas de alguns fármacos. E temos que servir de charneira entre um doente que quer ser tratado e a administração hospitalar que põe grandes restrições aos tratamentos dos doentes.

**E: E no intermédio há um médico...**

M: E no intermédio há um médico.

**E: E como é que caracterizaria o perfil de doentes de quem tem cuidado ao longo da sua prática clínica?**

M: Durante os primeiros [—] [> 10] anos do meu trabalho aqui, nesta casa, e durante os [—] [< 20] anos em que eu fiz, exclusivamente, transplantação de medula óssea, todos os doentes que me vinham parar às mãos eram doentes para serem curados! Transplantados e curados! Portanto, era uma terapêutica curativa. A abordagem e o investimento é uma coisa completamente diferente dos doentes que eu tenho nos últimos [—] [< 10] anos, em que são doentes que eu sei, à partida, que têm um tempo de vida limitado e que grande parte deles não vou conseguir eliminar a doença. E, portanto, o tipo de investimento emocional que eu tenho que fazer perante um tipo de doente ou perante um outro tipo de doente é completamente diferente! Diverso! Se eu vou investir emocionalmente perante um doente que eu sei que não vou curar, eu fico esgotado ou qualquer um de nós fica esgotado ao fim de 2 meses. E não consegue ter um... um... um... uma vida normal, não é? Passamos a deixar que a nossa profissão comande a nossa vida pessoal. E isso não pode ser! Tem que haver um limite muito bem definido entre as duas coisas.

**E: Sim. E nota que a forma como... porque, do ponto de vista do doente... A própria expectativa desse doente varia, ou não?**

M: Não.

**E: É sempre muito elevada?**

M: É sempre muito elevada! É sempre muito elevada! São raros os doentes que vêm ter connosco com a noção clara da patologia que os está a afligir e... e com uma noção clara do prognóstico. E é nossa função dar isso nas primeiras consultas.

**E: Fazer um ajustamentos das expectativas.**

M: Exatamente!

**E: Falou-me que, para si, o mais importante da sua experiência é aquela questão de... de poder intermediar, digamos assim, o desejo do doente e as possibilidades do hospital. Eu queria-lhe perguntar se, para além deste elemento, existe mais algum.**

M: Não é as possibilidades do hospital. É as possibilidades do país em si!

**E: Sim, da situação em que o país se encontra.**

M: Há muitas situações que não se podem resolver aqui e que nós conseguimos resolver num... noutro sítio qualquer, não é? É com o doente à nossa frente, com as possibilidades que o doente tem, mesmo possibilidades económicas de ir ouvir segundas opiniões, de ir fazer coisas no estrangeiro, tentar gerir o problema de modo a que, por um lado, o doente seja o melhor tratado possível e, por outro lado, o doente fique ciente de que, no caso dele, tudo foi feito para que as coisas se resolvessem. Ou seja, que foram esgotadas todas as possibilidades. Isso é muito importante para um doente... ter a certeza. Isso é... uma boa relação médico-doente! É o doente ter confiança de que a pessoa que o está a ver consegue ter uma ideia precisa do que é a doença e consegue saber quais são as alternativas que tem no momento, ainda que poucas, e saber distinguir o trigo do joio. Saber quais são... onde é que está... onde é que está uma hipótese de tratamento, ainda que ínfima, e onde é que começa a charlatanice e começa o... o... a... o uso e o abuso económico dos doentes e dos familiares dos doentes em desespero.

**E: Está a falar em ensaios clínicos?**

M: Não, não estou a falar em ensaios clínicos. Estou a falar numa série de terapêuticas alternativas caríssimas que acabam por... por ser experiências que são trocadas nas salas de espera dos... dos... das... das consultas e das... dos hospitais em que os doentes... Isto vai por modas, não é? A determinada altura decidem ir fazer Homeopatia ou decidem ir fazer cogumelos para não sei onde, ou decidem ir a Saragoça ou decidem ir às... às células dendríticas e... Isto é quase como um mercado que se forma e que é explorado por... por terceiros e... e são explorados. Se há famílias que têm possibilidades económicas de o fazer e ficam mais reconfortadas psicologicamente quando foram esgotadas todas as possibilidades... Há famílias que se endividam, a eles e aos familiares e aos vizinhos, para fazer coisas completamente espúrias e que não têm qualquer significado em termos de bem-estar do doente.

**E: Queria-lhe perguntar também qual é o significado que atribui à sua já longa experiência profissional (porque são mais de 20 anos) e quais os maiores contributos que dela têm resultado para a sua reflexão sobre a sua prática clínica.**

M: Desculpe, não percebi a pergunta.

**E: Qual é o significado que atribui à experiência profissional que foi acumulando ao longo destes anos? E quais são os principais contributos que dela têm vindo a surgir para refletir sobre a sua prática clínica?**

M: O que é mais gratificante... O que é mais gratificante nestes [—] [> 20] anos de... de... (não são [—], são [—] anos) de carreira, são os sucessos. E os sucessos são... Eu posso-lhe contar uma... uma... uma coisa que me aconteceu recentemente. Passei na rua por um jovem universitário que eu transplantei quando ele tinha 8 anos ou 9 anos. Que esteve muito mal e que eu vi durante anos a fio... durante meses a fio vi-o diariamente e, depois, durante anos a fio vi-o semanalmente até as coisas se encaminharem. E ele passou por mim... Não me reconheceu! E era mais um... um elemento da academia da Universidade [—] que estava a festejar. E isso... Até o fato de ele não me ter reconhecido me foi reconfortante! Porque a minha contribuição para a saúde e para... para aquele indivíduo estar ali foi enorme, mas é um fato do passado e que para ele, neste momento, já não tem qualquer importância. E ele, neste momento, é igual a qualquer um outro da mesma idade. E isto tem acontecido com alguma... com alguma frequência. Os... os... Isto, com as crianças. Com os adultos... Os adultos vêm ter comigo de vez em quando, quando me encontram. E é sempre muito gratificante a gente saber que, em parte, aquela pessoa está ali porque foi o nosso investimento, que foi muito grande durante um período de tempo que, normalmente, é um período de tempo prolongado (meses ou anos), que possibilitou esta... possibilitou este encontro. E eu acho que isso... isso é gratificante! Outra coisa que é gratificante é a... o reconhecimento da experiência que vem com a idade e que vem com muito treino de falar com doentes, de falar com famílias, de... de conhecer o ambiente. E, no fundo, é a... a velhice, não é?, que nos dá alguma sabedoria.

**E: E o que é que, para si, tem sido mais importante ou que lhe tem suscitado uma maior reflexão ao longo destes anos?**

M: O que é mais importante no meio de tudo isto é que qualquer problema que nos atinja nunca é tão grave como os problemas que nós temos diariamente aqui. E portanto... O que nos ajuda a relativizar enormemente aquilo que é a nossa vida diária e quotidiana. Nada nunca é problema!

**E: Consegue estabelecer uma comparação sistemática. É isso?**

M: Sistemática!

**E: Sim, isso ajuda a...**

M: A relativizar as coisas! E é isto que falta a muita gente, porque qualquer... qualquer trabalhador desta casa que empatize minimamente com os doentes com quem trabalha tem obrigatoriamente que fazer este tipo de reflexão. Ou seja, tem que pensar que os seus problemas, embora são... possam ser reais, são sempre ínfimos comparados com os problemas das pessoas com quem têm que lidar diariamente. Não é? O que é... o que é o problema da nossa... do nosso carro que avariou ou da... da... do ordenado que foi cortado, comparado com o problema do indivíduo que tem 6 meses de vida e que não tem apoio familiar e que tem um... não consegue falar, porque tem um... um aparelho metido dentro da garganta e que tem que se alimentar por um buraco que está dentro do estômago e que está cheio de dores e está permanentemente obstipado porque está a fazer morfina? O que é que são os nossos problemas perante uma coisa destas?

**E: Sim... Colocados naquela situação, provavelmente, as coisas ganhariam ou perderiam a sua importância.**

M: A importância!

**E: Sim... Estas perguntas foram mais de contextualização. E queria entrar agora no tema que me trás aqui, que é a sua experiência pessoal com os pedidos de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia que recebeu ao longo da sua prática clínica.**

M: Hm hm!

**E: Nós falámos, na altura da nossa primeira conversa, de um pedido que, para si, tinha sido particularmente significativo. Mas antes de entrar nesse caso específico, pedia-lhe que me descrevesse todos os pedidos de eutanásia e/ou de assistência ao suicídio que recebeu ao longo da sua prática clínica.**

M: Eu... Pedidos diretos, especificados, não recebi nenhum. Recebi pedidos indiretos. Foi este o único caso! E tratava-se de uma senhora com um carcinoma do ovário, numa fase terminal, [—] [< 50] anos, diferenciada, sabia exatamente aquilo que se passava e que, numa fase terminal, em que já não se conseguia alimentar, não..., estava permanentemente com um tubo metido dentro do nariz para drenar o conteúdo gástrico, não estava a ser alimentada, portanto, e que me pedia todos os dias que terminasse o sofrimento. Não por estas palavras, mas dizendo que eu sabia aquilo que ela queria e, portanto, que fizesse o possível para cumprir os seus desejos.

**E: Hm hm... E como é que o Doutor sabia aquilo que ela queria? E quais eram os seus desejos?**

M: Eu sabia o que ela queria porque a conhecia há... era minha doente há cerca de 5 anos. Tínhamos falado vagamente no assunto e sabia que ela queria deixar de sofrer.

**E: Hm hm... E como é que subentende que, por detrás dessa vontade de deixar de sofrer, eventualmente estaria um pedido ou um desejo de que a sua morte fosse antecipada? Porque como é tão... é subentendido, mas depois como é que se consegue perceber o que é que significa o: eu quero terminar o sofrimento ou eu quero que termine com o meu sofrimento, o Doutor sabe o que eu quero!**

M: Hm hm... Não... O que me era dito diariamente, e várias vezes por dia, era: o Doutor sabe o que eu quero, não sabe? E eu disse: eu sei! Então, isto ainda vai demorar muito? Ah... E era isto que era repetido.

**E: Que significado é atribuiria a este pedido? Ou, como é que o interpretou? E o que é que, para si, isso suscitou em termos de desafios aos valores que acompanham a sua prática clínica?**

M: Eu, perante este pedido, o único reforço que eu pude fazer foi o reforço da analgesia e o reforço da... da... das drogas que promoviam o despreendimento e que promoviam a... a... o tratamento da angústia. E foi isso que foi feito, não é? As doses de morfina foram... foram sendo escaladas, as doses de... de hipnóticos foram sendo escaladas cada vez mais, mas o que acontece também com estes doentes é que, à medida que a dose vai sendo escalada, eles vão-se habituando a essa dose e... e... não chega. E a doente acabou

por falecer em... em... em oclusão intestinal, que era a situação que... que a afligia, cerca de 10 dias depois de ter começado a formular o... a vontade de... de...

**E: De pôr termo à vida.**

M: Exatamente!

**E: Isso colocou-lhe, pessoalmente ou individualmente, algum conflito ou desafio?**

M: Não! Nenhum! Eu sabia até onde é que podia ir, sabia o que tinha de fazer para gerir... não a vontade da doente, mas gerir os sintomas que estavam a afligir a doente. E foi isso que foi feito.

**E: Queria-lhe perguntar se esse pedido foi difícil para si, de alguma forma.**

M: Não... não...

**E: Recorda-se, mais ou menos, da idade, da escolaridade e do estado civil da doente?**

M: A doente... a doente tinha [—] [< 50] anos, talvez. Era... tinha... Penso eu que tinha uma escolaridade média. Não tinha...

**E: Ensino secundário, talvez?**

M: Ensino secundário... Ensino secundário... Tinha... tinha casado recentemente com... com uma... Ela tinha uma relação homossexual de... de longa data e tinha... tinha casado recentemente, que foi logo após a autorização da... a legislação que permitia... a legalização de... o casamento de homossexuais. E isto tinha sido feito no sentido de... Eu não cheguei a perceber, na altura, se teria sido feito para regularizar a situação de apoio social que a doente poderia vir... vir a ter, beneficiando dos... do... do estatuto da... da... ou dos benefícios de saúde do cônjuge, ou se foi um desejo... se era um desejo verdadeiro. Mas as... as senhoras... Não, isso nunca cheguei a perceber. Sei que fizeram uma festa de... de casamento, depois foram para [—], numa viagem em que houve um incidente: ela teve que ser operada de urgência em... em [—]. E isto... tudo isto causou muito... muito transtorno. Mas, pronto, ela... Eu penso que... Eu penso que elas já habitavam em conjunto na altura em que... em que isto se deu. A companheira era muito presente.

**E: Era isso que eu lhe ia perguntar, se ela era cuidadora ou não.**

M: Era! Era! Era muito presente. Estava sempre cá e... e tinha uma coisa... Eu tinha que ter muito cuidado com o que dizia à companheira, porque a companheira não ocultava nada à doente. Não filtrava informação nenhuma por um compromisso que elas tinham assumido. E, portanto, eu o que dizia... Aliás, tentava não falar à frente da... Não falar na ausência da doente, porque a informação era toda partilhada. Mas nunca foi omitida nenhuma... nenhuma má notícia. Sempre foi dado o prognóstico da doença, das várias recidivas, dos vários tratamentos. A determinada altura que... E isso é uma coisa que eu faço com frequência, não especificando as razões para isso. Se há uma... se há um acontecimento importante, se há um grande desejo do doente... E que, normalmente, este desejo prende-se com... com uma viagem, com umas férias ou ver família no estrangeiro ou uma viagem prolongada... Eu normalmente digo: olhe, esta altura... é melhor ir agora! Não é? E elas foram nessa altura. Tiveram umas férias prolongadas não sei onde e vieram

muito satisfeitas. Mas... mas depois, passado uns meses, a doença voltou e depois, a partir daí, foi inexoravelmente caminhando para... para... para um estado de depauperamento que acabou por... por resultar na... no óbito.

**E: A doente, na altura, estava em casa? Ou esteve sempre aqui internada?**

M: A doente esteve em casa muito tempo. E depois, quando já não podia estar mais em casa, veio para cá e foi internada cá.

**E: Referiu-me que pode ter havido uma conversa prévia sobre... não sei sobre o que é que falaram ao certo, mas que desse a entender que aquilo que ela lhe estava a pedir fosse um pedido de eutanásia.**

M: Hm hm...

**E: Durante essa conversa e, após o momento em que ela começou a fazer o pedido de eutanásia, essa conversa surgiu quando ela estava em casa?**

M: Hm hm...

**E: E, depois, o pedido de eutanásia surgiu só quando ela foi internada, pelo que eu percebi.**

M: Hm hm...

**E: Pode recordar-me do diagnóstico dela?**

M: Carcinoma do ovário.

**E: E o prognóstico, na altura em que ela começou a conversar sobre o assunto, qual era?**

M: O prognóstico em termos de quê? De tempo?

**E: Sim, de tempo de vida.**

M: Tempo... [—] [< 5] anos.

**E: Gostava que me falasse dessa conversa particular em que a doente... não sei se explicitou ou insinuou a vontade de antecipar a sua morte.**

M: Na altura... perto do fim... Perto do fim, a conversa era: estou na mesma, a barriga está cada vez maior, não consigo comer... o Doutor sabe aquilo que eu quero! E era isto que era repetido.

**E: Mas como é que você pressupunha que essa conversa...? Quando a doente lhe diz: você sabe o que eu quero!, é porque ela já lhe tinha explicado aquilo que queria.**

M: Hm hm...

**E: Então, como é que ela tinha explicado isso?**

M: Porque me tinha dito, anos antes (na altura do diagnóstico): eu não sei como é que vai fazer isto, eu tenho que viver até aos 80 anos como a minha avó, mas eu não quero sofrer!; não quero sofrer!

**E: E nada mais?**

M: Nada mais!

**E: Então, quando a doente falou sobre a questão de você saber aquilo que ela queria, como é que interpretou isso?**

M: Eu interpretei isso como: eu quero resolver este assunto rapidamente, quero deixar de sofrer e quero que alguém me faça alguma coisa para que eu deixe de sofrer o mais rapidamente possível!

**E: E o deixar de sofrer implicaria, na perspectiva da doente que estava a ter consigo essa conversa sistematicamente, morrer antecipadamente ou não?**

M: Exatamente!

**E: Na medida em que essa conversa foi sendo sistematicamente reiterada, na altura do internamento, você não explorou esse assunto? Não tentou perceber exatamente o que é que a doente quis dizer com isso?**

M: Não... Não...

**E: Não abordou esse apelo da doente?**

M: Não...

**E: Sentiu que não havia...?**

M: Senti que a doente estava a falar por meias palavras, porque era a continuação de uma conversa anterior que nós já tínhamos tido. E, nessa altura, estarmos a ter conversas específicas sobre uma doente cujo único pensamento é, há muito tempo, o momento da morte é estar a... a infligir mais sofrimento do que aquele que já está a ser infligido.

**E: E ela não disse a mesma coisa por outras palavras? Ou seja, ela não formulou o pedido de maneiras diferentes ao longo do tempo?**

M: Não... não... As palavras eram sempre estas e não havia vontade da doente de especificar para além disto.

**E: Pois, porque se não tê-lo-ia feito, não é?**

M: Exatamente! Ela não dizia: mate-me!; dê-me uma coisa para me matar! Não! Isto não... não quer... Nunca disse! Nunca disse! Não! O que queria era: o Doutor sabe aquilo que eu quero; sabe aquilo que eu quero!; não sabe? Era tudo subentendido e... e... e era tudo... era tudo dito com uma escassez de palavras, que eu achava que era para se poupar a si mesma. Eu acho que ela não queria abordar... não queria chamar as coisas pelo seu nome! Mas queria que eu, com a conversa que tínhamos tido anteriormente e com aquilo que ela me estava a dizer naquele momento, tomasse uma atitude!

**E: Consegue perceber porque é que ela nunca explicitou esse pedido de eutanásia? E porque é que houve a necessidade de ser tão... tão nublada na forma como... como ela o formulou?**

M: Eu acho que isso é uma coisa cultural! Nós somos um... vivemos num país católico, onde a... a... a eutanásia não é um assunto que seja falado ou não é um assunto que seja

falado tanto. Mais agora... E, portanto, havia uma... um... havia quase que um... uma espécie de um pecado cultural ao falar no assunto, que poderia ser subentendido apenas, mas falado propriamente não. E isto acontece muito nos nossos doentes!

**E: E calculo que em situações que nada tenham a ver com este tema, mas noutros temas que queiram abordar, não é?**

M: Sim, sim, sim, sim, sim, sim, sim! Sim, sim, sim, sim! Sim... Há.. No que diz respeito, por exemplo, ao prognóstico das doenças há uma nova vaga entre os médicos mais novos de explicarem na totalidade o prognóstico de doença aos doentes. E se os há que querem saber, há uns que não querem. E há uma situação ainda mais nublada, que é aqueles que dizem que querem, mas na realidade não querem! Não querem! Eles dizem que querem, porque acham que têm que dizer que querem. Mas, na prática, não querem ouvir nada daquilo que se lhes diz! Eles querem um... eles querem ter um... um... um projeto a curto prazo! Querem saber quando é que é a próxima consulta: o que é que eu tenho que fazer daqui até lá? E ficam descansados com isto. O que se vai passar daqui a 2 anos, a Deus cabe! A minha responsabilidade é ir de hoje até à próxima consulta, fazer as análises, fazer as radiografias e fazer o tratamento. E, depois, na próxima consulta se verá!

**E: É viver quotidianamente, não é planear a médio-longo prazo.**

M: Exatamente! Isso é uma coisa cultural, não é? E é um mecanismo de defesa, também!

**E: Falámos que isto pode ter duas explicações... O fato de, no caso daquela doente em particular, ela lhe ter feito um pedido que... bem, persistente foi, mas explícito não foi... na forma como ela se foi dirigindo a si. Penso eu que tenha sido persistente, porque me disse que era diariamente que ela falava sobre o assunto.**

M: Hm, hm...

**E: E foi diariamente sempre ou não? Desde que ela esteve aqui internada...**

M: Sempre! Sempre! Sempre... Nos últimos 10 dias, talvez!

**E: Que ilações é que tirava ao longo do tempo em que a doente...? Porque uma coisa é ouvir isto uma vez, outra coisa é ouvir 10 vezes! Como é que... como é que geria?**

M: Eu tenho dezenas de doentes nestas circunstâncias. Dezenas! Isto acontece-me 20/30 vezes por mês!

**E: Mas disse-me que ela foi o único pedido que recebeu!**

M: Sim... Não é isso! Não é isso! Não é isso! Mas esta situação clínica é uma coisa que é muito frequente!

**E: O que é que é muito frequente? O pedir para acabar com o sofrimento?**

M: Não! Não, não, não, não! O ter doentes a morrer à nossa frente!

**E: Ah, sim... sim... Isso sim!**

M: O discurso da doente é que foi diferente daquilo que é normal uma doente ter! Uma doente do... do... do seu estrato sociocultural não formularia este... este... este pedido abertamente. Nunca! Não... não era uma pessoa com formação superior. E, portanto, isto

constitui um... um... um infringimento das regras sociais, culturais, religiosas muito grande para ela. E, portanto, as coisas não eram formuladas diretamente! E penso que... Ela era uma pessoa muito... muito bem-disposta, muito alegre! E, portanto, isto nunca seria... nunca seria falado diretamente, chamando o... o... o... as coisas pelo seu nome.

**E: Então, eu pergunto-lhe como é que subentendeu que aquilo que lhe estava a ser feito era um pedido de eutanásia?**

M: Porque não é frequente ter doentes a formular isto. Como lhe disse, eu tenho doentes nestas circunstâncias. Muitas, mesmo! Muitas! E as doentes não me dizem estas coisas!

**E: Muito menos de uma forma reiterada, penso eu.**

M: Exatamente! E muito menos numa sequência de informações anteriores... De uma conversa anterior.

**E: Pelo que eu percebi, essa conversa começou e terminou naquilo que me disse há bocadinho. Ou não?**

M: Sim! Sim!

**E: Ela nunca explorou essa conversa de outra maneira?**

M: Não, não, não, não! A última coisa que um doente quer explorar quando tem uma...

**E: É a possibilidade de morrer?**

M: Exatamente! Isto é aflorado rapidamente, quando é! E nos doentes mais diferenciados.

**E: Hm... hm... De resto...**

M: De resto, não! Ninguém fala no assunto!

**E: É curioso que me diga isso, porque dentro desse contexto, em que a morte surge ainda como um tabu, eu consigo perceber porque é que a doente não foi mais longe. Ou seja, não... não... não se explicou melhor, digamos assim.**

M: Um doente, nestas circunstâncias, só se explicaria melhor se tivesse um nível cultural que é infrequente na população que nós tratamos.

**E: Hm... Nesse aspeto, o [—] recebe todo o tipo de pessoas...**

M: Não! É assim: os doentes quando estão... Depende dos serviços! Há serviços que têm tratamentos muito caros e que... e cujo... cujo... Digamos: há doentes que têm patologias que são muito caras de tratar. E, então, os doentes recorrem aqui. Há doentes que têm patologias que são caras de tratar inicialmente, mas depois, na fase paliativa, escolhem ir para outros sítios. E preferem passar os últimos dias num sítio com boas instalações, acompanhados da família, do que numa enfermaria de [—] [> 3 e < 10] camas, com indivíduos a morrerem ao lado diariamente, onde a família pode estar [—] [< 5] horas por dia. E, portanto, normalmente os doentes com possibilidades económicas e com diferenciação escolhem essa opção de virem a falecer fora daqui.

**E: Sim... Numa fase muito avançada da doença e reportando-se a um nicho muito particular de doentes no contexto da população portuguesa.**

M: Isto dentro dos tumores sólidos. Porque dentro do... do... dos serviços... no Serviço de Hematologia, nos tumores do sangue as coisas são diferentes. Porque, por alguma razão, o nível sociocultural é mais elevado e os doentes tendem a ser tratados sistematicamente aqui. Também porque os tratamentos são muito mais caros e muito mais intensos.

**E: Retomando o caso daquela doente em concreto, queria-lhe perguntar o seguinte. Que razões é que, no seu entender, motivaram a doente a manter sistematicamente aquela vontade de terminar o sofrimento com a sua ajuda ou como ela lhe quisesse chamar para não designar explicitamente o pedido de eutanásia?**

M: A doente sabia que o internamento ia ser um internamento final. Que nós não conseguíamos fazer nada.

**E: Sabia?**

M: Sabia! Sabia! Tinha uma obstrução intestinal que se ia manter. Nós não íamos conseguir curar. E era uma questão de dias.

**E: E, portanto, por detrás daquele... daquela vontade de terminar a vida com o seu auxílio haveria a sensação de uma espera infrutífera... de uma espera inútil...?**

M: Exatamente! Exatamente!

**E: Era uma questão de antecipação do tempo de espera devido à demora da morte? Seria isso?**

M: Era!

**E: E nada mais foi... foi...?**

M: Verbalizado? Não!

**E: Reportado?**

M: Não!

**E: Foi justificado?**

M: Não!

**E: E como é que respondia a essas investidas sistemáticas por parte da doente para que cumprisse aquilo que ela pressupunha que você sabia ser o seu próprio querer?**

M: Com alteração da analgesia. Com alteração da... do... dos... dos... dos medicamentos. Com... com os sedativos. E dizia-lhe... garantia-lhe que estava a fazer tudo o que era possível para que ela sofresse o menos possível.

**E: E, perante a sua resposta, qual era o feedback?**

M: O feedback não era nenhum! Ela... A doente queria-me dar a mensagem, todos os dias e uma única vez por dia, de que a vontade dela continuava a ser a mesma. E para eu fazer aquilo que podia fazer. Ela não repetia isto sistematicamente! Ela, cada vez que me via, dizia isto uma vez!

**E: Isso parece-me um alerta.**

M: Exatamente! Não era um queixume!

**E: Pois, era um aviso.**

M: Era um aviso! Era um pedido! Para eu ser recordado que ainda não tinha acontecido!

**E: Como é que tomou a decisão de não aceitar ou rejeitar esse pedido? Como é que debelou a impossibilidade de corresponder àquilo que, indiretamente, ela lhe estava a pedir?**

M: Como lhe digo, aumentando os analgésicos e tirando-lhe a... a sensação de angústia que ela tinha de ainda estar viva!

**E: Na medida em que, independentemente de fazer tudo isso, a conversa da doente se mantinha, nunca utilizou mais nenhuma estratégia para conseguir que essa conversa se diluísse?**

M: Não.

**E: Não achou estranho o fato de essa conversa se manter ao longo do tempo, mesmo com tudo aquilo que estava a ser feito?**

M: Mas isso é frequente! Os doentes, como lhe digo, vão-se habituando aos níveis de... de fármacos que nós lhes damos e, até ficarem inconscientes, demora tempo! E, depois, têm períodos em que estão melhor e têm períodos em que estão pior. Períodos em que estão mais orientados e que conseguem dizer coisas com... com um sentido... com... com nexos e períodos em que estão menos.

**E: Queria-lhe perguntar também se faria alguma coisa de diferente em relação a esta doente se pudesse tomar uma decisão novamente.**

M: Não! Faria tudo igual.

**E: Na altura sentia alguma preocupação, alguma inquietação sua nos cuidados que estava a prestar à doente? Ou seja, havia alguma questão que o inquietasse tendo em consideração o fato de a doente lhe ter pedido ajuda para morrer?**

M: Não... não... não...

**E: E como é que... como é que se sentiu ao ser sistematicamente interpelado pela doente no sentido de lhe antecipar a morte?**

M: Ah... (*silêncio*) Senti que aquela doente conseguiu verbalizar aquilo que muitos doentes querem, mas não têm coragem de me pedir.

**E: Como é que sabe que querem?**

M: Porque é impossível estar-se numa situação daquelas e não querer ver o sofrimento terminado.

**E: Eu talvez... talvez pensasse na questão de maneira diferente. Fala-me da questão de como a doente se sentiu. E eu pergunto-lhe: como é que você se sentiu perante o pedido de eutanásia que a doente lhe dirigiu indiretamente?**

M: Ah... É assim: os oncologistas e as pessoas que lidam com este tipo de... de patologias têm que ter um mecanismo de defesa. E um mecanismo de defesa é não se deixarem envolver emocionalmente pelos doentes que têm um prognóstico reservadíssimo. O que é que eu... O que eu senti? Eu senti o mesmo que sinto por todos os outros doentes que... que estão numa situação idêntica. Ou seja, está... É uma doente que está a sofrer, que quer deixar de sofrer, que verbaliza que quer deixar de sofrer, enquanto outros não o fazem! E o que eu posso fazer é ir subindo as drogas que cortam o acesso à realidade. Para que ela deixasse de ter consciência que estava a formular um pedido.

**E: Está a falar-me da sedação?**

M: Sim.

**E: E agora recuperando a questão de ser muito importante para estas especialidades médicas que lidam mais de perto com o fim de vida... Falou-me que era necessário ter alguma proteção e criar autodefesas para conseguir manter uma vida normal fora do contexto profissional. Acha que esse mecanismo permitiu que não se sentisse afetado emocionalmente pelo fato de a doente lhe ter pedido ajuda para morrer?**

M: Sim!

**E: Acha que isso contribuiu...?**

M: Ah, claro! Claro! Claro! Há sempre casos... Sempre! Isso é clássico... Casos de jovens que entram para... para um serviço destes e, no espaço de 4 meses, estão de rastos sob o ponto de vista psicológico. Têm que mudar de... de... de... Têm que mudar de especialidade, isto porque não conseguiram dar o salto. Não conseguiram afastar-se. E, depois, o que é difícil é manter o equilíbrio entre a nossa sanidade mental e a relação médico-doente! Os doentes têm que estar convencidos que nós estamos preocupados com eles. E estamos! Mas o envolvimento emocional da nossa parte não se pode... não se pode... não se pode manifestar!

**E: Portanto sentiu que o caso particular desta doente não o afetou emocionalmente?**

M: Não.

**E: Não obstante ela ser um outlier na forma como os doentes lidam ou verbalizam aquilo que sentem e desejam?**

M: Não... Não... Os casos que nos afetam, sob o ponto de vista emocional, são os casos que... que nós conhecemos como pessoas saudáveis e que, depois, o diagnóstico é efetuado. Ou são os casos que, por razões de identificação social, cultural ou de interesses... com quem nós nos identificamos. Esses são os casos difíceis! Todos os outros têm que ser... Havia uma colega que dizia que o mecanismo de defesa dela era matar os doentes todos na primeira consulta!

**E: O que é que ela queria dizer com matar os doentes todos na primeira consulta?**



M: Ela quer dizer que, para ela, o doente já estava morto! E depois, se conseguisse fazê-lo sobreviver 5 anos/10 anos, era uma vitória! Se não conseguisse, o trauma psicológico já estava ultrapassado!

**E: Sim... É baixar as expectativas ao mínimo.**

M: Exatamente! Exatamente!

**E: Depois tudo o que vier a seguir...**

M: Exatamente!

**E: E essa estratégia resulta?**

M: Essa estratégia resulta parcialmente. Porque a alternativa é uma... uma... uma estratégia muito mais dura, que é o desinteresse! E o desinteresse fere muito o doente e acaba por ter reflexo no... no... no médico! O baixar as expectativas, como diz, mantém a relação médico-doente idêntica àquela que... que deve ser uma... uma relação médico-doente sã e protege o médico dos desaires que possa vir a ter com o tratamento do doente.

**E: Sim, talvez ajude a manter o equilíbrio. E queria-lhe perguntar também se sentiu necessidade de falar com alguém sobre... sobre o caso desta doente em particular.**

M: Não.

**E: Nunca partilhou este caso com ninguém?**

M: Não.

**E: E tem algum motivo para nunca o ter feito?**

M: Porque eu só partilho... só tenho necessidade de partilhar os casos que me são difíceis sob o ponto de vista científico (para tomar uma decisão) ou que me são difíceis sob o ponto de vista de... de interação médico-doente. Ou seja, aqueles doentes que são conflituosos ou que... e eu não consigo estabelecer uma relação de confiança e que me acabam por dar muito trabalho... trabalho, sob o ponto de vista emocional! Este caso não é... Não era isso. De modo algum! Era uma coisa completamente linear! A única coisa que teve de diferente foi que a doente exprimiu o desejo de morrer rapidamente!

**E: Rapidamente ou antecipadamente?**

M: As duas coisas.

**E: Disse-me que só partilha os casos que são cientificamente difíceis de resolver ou que o são do ponto de vista da relação médico-doente. E eu queria-lhe pedir que me falasse, precisamente, da sua relação com a doente. Como é que descreveria a vossa relação de vários anos antes de ela lhe ter dirigido o pedido implícito de eutanásia?**

M: Era ótima! A relação era uma relação de extrema confiança! Sempre! Era uma relação boa! Uma relação médico-doente boa! Mas só isso! Não havia mais nada para além disso! Quer dizer, não... não... não havia nenhuma identificação social ou cultural. Nada! Nada! Era uma boa relação médico-doente. Tínhamos um bom diálogo. Ela era uma pessoa divertida, sob o ponto de vista anímico. Era a alma da... da... da casa e da... E, portanto,

encarava as coisas com muita leveza. E isso facilitava a... a relação. Mas, de vez em quando, dizia-me umas coisas mais sérias no meio da sua... do seu discurso leve.

**E: Que tipo de pessoa é que a doente era? Já me disse que era divertida. Falou-me, há pouco, que era uma pessoa que tinha uma perspetiva sobre a vida...**

M: Não... Eu digo-lhe uma... uma palavra que... uma frase que ela me dizia sistematicamente, cada vez que eu lhe dava más notícias ou cada vez que havia algum problema. Ela dizia: olhe, a minha avó viveu até aos 90 anos, a minha mãe viveu até aos 80 anos e eu vou viver até aos 90 anos!; não sei como é que o senhor vai fazer isso! Era assim que ela se despidia sempre.

**E: Hm... Portanto, depositava em si a responsabilidade da cura.**

M: Exatamente!

**E: Portanto, extrairia disso um otimismo?**

M: Sim, claro! Era uma mulher muito bem-disposta!

**E: E em relação às características de personalidade que possam ter despoletado esta conversa infrequente da doente, quando comparada com os outros doentes que me disse que, apesar de poderem pensar no mesmo que ela, não o verbalizam? O que é que acha que, na personalidade dela, a distinguiria para ter tido...?**

M: Não sei... Não sei... Além do... da faixa etária... Além de ter uma boa relação com a companheira e de, obrigatoriamente, pertencerem a um grupo social... Muita gente, muito diferente, sob o ponto de vista de...

**E: Muito diferente? Como assim?**

M: Um grupo que... Quando a doente esteve cá internada, os... as visitas eram amigas, que eram obviamente casais do grupo social em que elas se integravam. E, como... como é característico deste grupo social, as... as barreiras sociais que normalmente atingem os casais heterossexuais, não atingem os casais homossexuais. E, portanto, era um grupo de gente muito mais eclética do que seria se fosse... se isto fosse um casal de... de jovens de 40 anos com dois filhos e vivessem na periferia de [—], não é? Vinham desde jardineiras do... do... da Câmara Municipal [—], até médicas do... do... do Centro de Saúde da... da... da área, até escritoras de [—] ou artistas plásticas de... de um sítio qualquer. Portanto eram... eram... Eu presumo que este tema não fosse ausente das conversas que elas obviamente tinham quando... quando... quando se reuniam em funções sociais.

**E: Sim, provavelmente não. E considera que a sua relação com a doente foi alterada pela... a partir do momento em que ela começou a fazer este pedido de eutanásia? Ou, pelo menos, ela alterou de alguma maneira a forma como se relacionava consigo depois de ter começado a fazer-lhe este pedido?**

M: Repare que este pedido foi feito 5 dias ou 10 dias antes de a doente falecer. Não houve tempo de... para alterar a relação. E, a maior parte do tempo, ela estava a dormir. Portanto, as conversas... as nossas conversas eram muito diminutas e eram só: como é que está?; a barriga dói, não dói?; como é que dormiu esta noite?; não dormiu?; está

muito ansiosa?; urinou, não urinou?. Nunca íamos... nunca tínhamos uma conversa muito profunda para além disso.

**E: Mas, daquilo que se apercebeu, ela não se comportou de maneira diferente?**

M: De modo algum! De modo algum!

**E: Falou-me que a companheira era a pessoa mais presente, penso eu.**

M: Hm... hm... Sim.

**E: Mas a companheira nunca teve conhecimento destas conversas?**

M: Ah, completamente!

**E: Teve?**

M: Teve conhecimento de quê? Do pedido?

**E: Sim.**

M: Não sei, não sei!

**E: A companheira nunca esteve presente nas alturas em que a doente lhe pedia que não se esquecesse daquilo que ela queria?**

M: Não estava presente.

**E: E que interações é que teve com...? Penso eu que a companheira fosse a única família, não era?**

M: Havia... havia umas sobrinhas e uma irmã.

**E: Mas a interação maior que teve com a família dela foi com esta senhora?**

M: Foi com a senhora, sim.

**E: E recorda-se de ter falado sobre o pedido com ela?**

M: Não! Não falámos!

**E: Então, as interações que teve com a companheira foram meramente para informá-la sobre o estado clínico da doente? O que é que...?**

M: Eram... eram conversas sobre o estado clínico, sobre o estado de alma, mas não falámos deste assunto! Isto é um assunto que é entre o médico e o paciente! Não há intermediários!

**E: E queria-lhe fazer mais duas últimas perguntas sobre... não sobre este caso em concreto, mas sobre a sua perspetiva pessoal face à morte medicamente assistida. De que forma é que o suicídio medicamente assistido e/ou a eutanásia se enquadram na sua perspetiva sobre o seu papel de médico?**

M: Eu acho que nessa... Há situações em que... Se isso for o desejo do doente, se houver uma... um prognóstico médico fechado, penso que... penso que tem que se cumprir a vontade... o desejo do doente.

**E: Pela sua resposta, eu depreendo que se enquadra... Mas, na sua perspetiva, eu gostaria de lhe perguntar o seguinte: como é que se enquadra? Ou seja, no seu papel de médico, considera que se enquadram ambas as modalidades de uma eventual morte medicamente assistida? E enquadrando-se ambas...?**

M: Quais duas modalidades?

**E: Quer a eutanásia, quer o suicídio medicamente assistido.**

M: Qual é a diferença?

**E: Na eutanásia há uma intervenção direta e ativa por parte do médico...**

M: Ah, sim... Ok! Está bem, está bem, está bem! Pronto!

**E: Na assistência ao suicídio há um fornecimento de meios e de informação...**

M: Sim, sim! Claro!

**E: Para que o doente seja ele próprio...**

M: Pois, ok! Está bem! Sim... Sim...

**E: E, portanto, eu perguntar-lhe-ia... Enquadrando-se na sua perspetiva, pelo que depreendi (diga-me se estiver errada), explique-me de que modo é que se enquadra, tendo em consideração a forma como você vê o seu papel enquanto médico.**

M: Ah... (silêncio)

**E: Não sei se está a pensar nisto pela primeira vez na vida... por isso é que...**

M: Estou a pensar nisto pela primeira vez na vida! E eu acho que... Não sei como é que reagiria... dependeria de... do conhecimento do caso. Acho que... Há casos em que não teria dúvida qualquer nenhuma... qualquer! Há casos em que teria... teria algum tipo de problemas.

**E: Para si, acredita que há alguns casos em que poderia enquadrar-se, no seu papel de médico, praticar a eutanásia e prestar assistência ao suicídio? Ou pensa que estas duas formas de morte medicamente assistida são diferentes nalguma medida?**

M: É a mesma coisa! É a mesma coisa!

**E: No caso da doente de que falámos e em que depreendeu que ela lhe fez um pedido de eutanásia, como é que, na altura em que o recebeu, este tema nunca lhe suscitou uma reflexão?**

M: Não...

**E: Então como é que, não tendo suscitado uma reflexão, depreendeu que a conversa que a doente lhe fazia sistematicamente correspondia a um pedido de eutanásia?**

M: Não... Eu sei que aquilo era um pedido! Mas eu não... não... não tinha refletido sobre o pedido, porque o que eu poderia fazer, sob o ponto de vista legal, fi-lo! Mais do que isso...

**E: Não estou a falar do ponto de vista legal. Estou a falar do ponto de vista pessoal! Se isso não lhe suscitou uma necessidade de reflexão...?**

M: Não... Não... Não... Isso na minha cabeça estava... estava resolvido. Estava resolvido.

**E: Portanto, para si, estava resolvido em que medida? Porque a prática de eutanásia se enquadra no seu papel de médico? Ou porque não se enquadra?**

M: Porque se enquadra!

**E: E porque é que se enquadra? Porque é que, para si, é eticamente justificável?**

M: Porque a doente estava... tinha uma... uma... estava a sofrer horivelmente, tinha uma esperança de vida de dias e tinha formulado o pedido de... terminar a vida!

**E: Embora este caso não lhe tenha suscitado uma reflexão profunda sobre o assunto, considera agora que esse pedido de eutanásia alterou, de alguma forma, a sua perspetiva pessoal sobre a eutanásia e/ou o suicídio medicamente assistido?**

M: Não...

**E: E, se não alterou, qual é que ela era à partida?**

M: Ah... Como lhe digo, tanto uma coisa como outra têm... têm... têm lugar em situações específicas. Infelizmente, grande parte das situações com que eu lido são meras situações terminais que se enquadram numa ou noutra. (*silêncio*) Não vejo a minha posição pessoal ser modificada por esta experiência! Acho que esta doente era mais uma... O que aconteceu de especial nesta doente é que ela foi insistente na verbalização. E há outra coisa que é... que é importante! É que, muito provavelmente, os doentes nestas circunstâncias acabam por verbalizar isto, mas não ao médico! O que teve esta doente de particular é que me verbalizou a mim! E não à enfermeira que estava com ela, não ao marido ou à esposa que... que estava com ela, não às visitas, não ao padre... Para morrer!

**E: Hm... hm... O que me está a querer dizer é que acha que alguns doentes nestas circunstâncias fazem pedidos de eutanásia e, possivelmente, de uma forma até mais explícita...**

M: Com outras pessoas!

**E: Com outras pessoas... Isto deixa-me um mote para lhe fazer a última pergunta. E quero só que me responda sim ou não. Para além de si, conhece algum outro médico que tenha recebido um pedido de eutanásia ou de assistência ao suicídio?**

M: Provavelmente conhecerei, mas não foi partilhado comigo.

**E: Ah... Conhece um médico, mas nunca lhe foi dito por esse colega que ele recebeu um pedido. É isso?**

M: Exatamente!

**E: Nunca, ao longo da sua prática clínica, nenhum colega lhe falou de um pedido de morte medicamente assistida que lhe tivesse sido dirigido por um doente?**

M: Não.

**E: E consegue explicar-me porquê?**

M: Nós não falamos muito nestas coisas... A partir do momento que o doente morreu, nós deixamos de falar do caso. A não ser que... num caso destes! E, provavelmente, para defesa nossa, nós tentamos falar tecnicamente sobre o assunto e deixamos os aspetos humanos e emocionais fora da nossa discussão.

**E: Nunca partilha a experiência?**

M: Só quando temos necessidade de pôr alguma coisa cá fora! Só quando encontramos algum doente que é especialmente difícil ou quando encontramos familiares – o que é mais frequente! – que são especialmente difíceis, conflituosos, que nos fazem pedidos e exigências que estão fora da nossa competência. Nessa altura nós acabamos por partilhar, mas é terapêutica nossa! É... é... é...

**E: Mas não acha que tudo aquilo que acabou de me descrever corresponde exatamente ao caso da doente que lhe fez um pedido de ajuda médica para morrer?**

M: Não... não... não... Eu acho que todos os doentes chegam a determinada altura em que pedem isto. Pedem é, provavelmente, à pessoa que não ao médico e pedem de uma forma que não é verbalizada a este nível. Nem esta doente conseguiu verbalizar as coisas na totalidade!

**E: Sim... mas todos os doentes, não! Não são todos os doentes que pedem ajuda a outras pessoas para morrer. Porque uma coisa é eu hoje acordar e perceber que isto já não faz assim muito sentido e começar a idealizar uma aproximação do fim, outra coisa é eu pedir-lhe que a minha morte seja antecipada. Penso que aí é que... aí é que o número de pessoas que faz uma coisa e faz a outra difere totalmente! E por isso é que eu lhe pergunto: como é que conseguiu depreender, desse desabafo constante, que aquilo que lhe estava a ser dirigido era, efetivamente, um pedido de eutanásia?**

M: Como lhe digo, porque não é comum os doentes verbalizarem isso. Pelo menos não é comum verbalizarem ao médico. E eu tenho quase certeza que às enfermeiras que estão mais perto e durante mais tempo junto dos doentes, as coisas são... são diferentes! E porque isso vinha na sequência de uma conversa anterior.

**E: Mas que também foi muito...**

M: Fluiu! Foi... foi...

**E: Não, mas foi muito de... não foi explícita.**

M: Pois não... Mas isso é cultural! Isso é português! E é... não é português. É... é do sul da Europa e é cultural! Não é? As pessoas não falam da morte!

**E: Sim, não falam. Mas há quem fale, por isso é que eu lhe pergunto.**

M: Sim... Sim... sim... Há! Há, de vez em quando, uns iluminados que falam da morte e que... Mas isso é...

**E: Não... Há doentes que falam! Não é uns iluminados que...**

M: Não, não! Não é isso! Que falam da sua morte! Que falam da sua morte!

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO MÉDICO M5  
[M5, Masculino, ≥ 50 anos, Oncologia e Transplantação]

**E: E, mesmo com mais de 20 anos de experiência, é raro um doente falar-lhe sobre a sua morte?**

M: É! *(silêncio prolongado)* Os doentes não falam da morte com o médico! Falam da morte com o psiquiatra, os que querem falar! Alguns têm muita resistência em falar! Os psiquiatras queixam-se imenso. E os doentes queixam-se quando vão ao psiquiatra... E o psiquiatra lhes fala da morte... O psiquiatra quer falar com eles sobre a morte e eles não querem falar!

**E: Com este último aspeto curioso, aproveito para lhe agradecer a nossa conversa e para desligar o gravador.**

M: *(silêncio)*

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO MÉDICO M6**  
**[M6, Masculino, ≥ 50 anos, Hematologia e Transplantação]**

**E (entrevistadora):** Doutor, em primeiro lugar, queria agradecer-lhe o fato de nós podermos conversar sobre este assunto. Antes de entrar no assunto relativo à sua experiência pessoal com pedidos de morte medicamente assistida, eu queria só fazer-lhe umas perguntas de contextualização. Em primeiro lugar, sobre a sua formação e especialização médica. Gostava que me indicasse a sua idade.

M (médico): Tenho [—] [≥ 50] anos.

**E:** [—] [≥ 50].

M: Sim.

**E:** De uma forma muito sucinta, gostaria que me fizesse uma breve análise do seu percurso académico, desde a conclusão do seu curso e da sua especialidade até aos estabelecimentos universitários e hospitalares que percorreu ao longo da sua prática clínica.

M: Ia pá! Então... Tirei o curso no Hospital [—]. Concluí o curso em [—]. Fiz o Internato Geral no Hospital [—]. Iniciei a especialidade aqui em [—]. Portanto, trabalho aqui há [—] anos.

**E:** A especialidade de...?

M: De Hematologia Clínica. Concluí a especialidade, depois fui fazer... dediquei-me à área da transplantação mais ou menos logo a seguir a concluir a especialidade. É a minha área! Trabalhei... Fiz um fellowship de [—] anos na [—], trabalhando em investigação básica e investigação clínica. Trabalhei em [—], durante pouco tempo, também numa [—]... aí, especificamente, nessa área. Depois fui [—].

**E:** Aqui já?

M: Aqui já!

**E:** No [—]?

M: Sim, [—] no [—]. Sou, para aí, [—] desde [—], se não me engano. Fui [—] do [—] durante [—] anos. Fui [—] da Comissão de Ética [—] durante, também... durante [—] anos, antes disso. Sou membro da [—]. É isso, mais ou menos... E agora sou [—].

**E:** Sim, do [—].

M: Sim. E faço parte, ainda, de uma outra coisa, que é o [—].

**E:** Hm hm... com o Professor [—].

M: Exatamente!

**E:** E queria-lhe perguntar se consegue identificar algum fator que tenha sido decisivo para a escolha deste percurso.

M: A escolha da Hematologia foi uma coisa muito precoce na minha... na minha minha carreira. Portanto, ao longo do meu curso. É assim... Há três motivos que me

impulsionaram para escolher Hematologia. A escolha da Medicina foi muito tardia, ok? Eu escolhi Medicina... Decidir vir para Medicina não foi uma coisa que... eu pensei desde pequeno fazer Medicina; mentira! Eu decidi fazer Medicina para aí 1 semana antes de ter que escolher! O meu propósito era fazer [—]. Sempre foi... Tenho [—] irmãos que são [—] na [—]. Sempre foi uma coisa lá de casa... E, depois, achei que eram... [—] em [—] era demais e decidi ir para Medicina. Ok? Portanto, não foi... Ao contrário, a escolha da Hematologia foi muito precoce; foi no segundo ano do curso. E foi... Os motivos são, essencialmente, de três naturezas. Primeiro, não... não sou médico para tratar doenças fáceis. Eu sou médico para tratar doenças onde se está entre a vida e a morte. Portanto, é aí que... que eu me localizo... a tratar coisas graves. Portanto, não... não me sinto... não me sentiria bem a fazer coisas banais. A segunda questão é que gosto de trabalhar com população jovem. Aliás, a minha grande dúvida era entre fazer [—] e dedicar-me à [—] ou fazer Hematologia e ter uma vertente significativa de componente [—] como tenho hoje. Portanto, trabalho com crianças e com adultos. A escolha do [—] foi... foi relativamente óbvia, porque era uma casa onde eu me sentia muito bem.

**E:** Esse é o terceiro fator?

M: E esse fator foi importante! Foi importante! O [—] é uma casa onde eu me sentia muito bem pela forma diferente que tinha, na altura, de tratar os doentes com cancro. Os doentes com cancro, na altura, eram considerados pelos hospitais como um estorvo. Eram doentes não... Eram doentes ostracizados pelos hospitais. E eram ostracizados a diversos níveis! Era um doente para quem nunca se conseguiria arranjar uma vaga numa Unidade de Cuidados Intensivos: tem cancro, ok, não vai para uma UCI! Eram doentes que, à partida, eram não-reanimáveis quando chegavam a uma Urgência em paragem: ah, tem cancro, não...! Era uma doença de que os médicos não gostavam! Ninguém gostava disto! Portanto, achavam que era uma doença onde a taxa de sucesso era baixa, era muito baixa! E, além de a taxa de sucesso ser baixa, a progressão da doença acontecia aos nossos olhos, ou seja, a doença é uma doença visível! Não é uma doença oculta. Uma insuficiência cardíaca é uma coisa que não se vê, ou seja, é o doente que tem edemas, muitas vezes, muito mais violentos, até, do que uma doença oncológica, mas é uma doença que não tem o mesmo estigma, não tem a mesma carga social. É preciso perceber que a atitude da Medicina em relação ao cancro mudou nos últimos anos... da Medicina e da sociedade! O cancro era uma doença que não se podia dizer. A palavra não se usava. Era considerado má prática e eticamente inaceitável, no início do século XX, dizer a um doente que tinha o diagnóstico de uma doença oncológica. Porque era considerado que era tortura desumana, porque não se ia fazer nada, o doente ia morrer da doença, com um sofrimento significativo associado e estar-lhe a dizer isto sem estar a oferecer nada em troca era considerado desumano. De modo que a própria atitude da Medicina era profundamente... muito mais paternalista na altura, mas... e excessivamente paternalista seguramente, mas era a atitude da época. E considerava-se isso inaceitável. Dentro da Oncologia, a Hematologia é particularmente atraente. E é atraente por diversos motivos. Primeiro, porque é um... é um órgão que é muito fácil de colher, ou seja, nós conseguimos analisar o que se passa num cancro todos os dias. Todos os dias tiramos um bocadinho de sangue. Coisa que eu não posso fazer... tirar um bocadinho de fígado ou um bocadinho de pulmão... Ou seja, isto levou a que a Hematologia fosse sempre uma área de ponta na investigação em Oncologia. É um bocadinho a cadeia que vai à frente: quem

primeiro começa a utilizar novos medicamentos, quem primeiro começa a utilizar a Imunoterapia, quem primeiro começa a utilizar métodos mais sofisticados, etc. E isto associado a doenças de cinética muito alta, a doenças que habitualmente crescem rapidamente, mesmo as lentas crescem rapidamente do ponto de vista clínico. E onde os sucessos que se conseguiram e que se têm vindo a conseguir são... são de dia para dia. Ou seja, é diferente fazer Hematologia hoje do que era fazer há 5 anos. E era diferente fazer há 5 anos do que era há 10. E há 10 do que era há 20, etc. Nesta casa aquilo que eu encontrei foi, logo à partida, uma coisa: o standard é o cancro! Ou seja, os doentes com cancro são o nosso dia-a-dia, de modo que nunca poderiam ser, de maneira nenhuma, desprezados. Ou seja, porque é... é o nosso modo de vida! Portanto, como tal, o cancro... A valorização desses doentes é, obviamente, uma valorização muito maior do que noutras casas. Por outro lado, a própria criação desta casa, quando foi feita nos anos [—], foi feita já por este motivo. Ou seja, porque os doentes com cancro não tinham onde ir morrer e não tinham quem se preocupasse a tratá-los e a estudá-los. E este sentimento que estes doentes eram ostracizados, que foi diminuindo ao longo do tempo, mas que eu ainda apanhei na minha faculdade... Eu ainda apanhei Diretores de Serviço que, depois, vi a morrerem com cancro, a dizerem que não queriam daqueles doentes no serviço deles. Porque eram doentes que iam estar ali a ocupar uma cama não sei quanto tempo, não lhes iam fazer nada... Portanto, este sentimento de aversão, de ser uma doença maldita, uma doença que não se podia conversar à mesa... Ninguém podia dizer à mesa: olha, eu tenho um cancro! Isto não se dizia! E, depois, usavam-se aforismos. Os próprios médicos, entre eles, utilizavam meias palavras: uma atipia, uma proliferação... E, depois, a certa altura já havia inclusive deformações de linguagem e deformações no significado das palavras. E passavam a ser tudo: eram tumores e, depois, eram quistos... E, depois, tudo isto era uma... uma maneira que a própria sociedade tinha de se esconder do cancro. A sociedade tinha um medo do cancro que se pelava. Hoje isto tudo mudou! E hoje numa telenovela tem-se cancro. Tem cancro da mama, contam a história e tal. Tudo isto passou a ser motivo das crónicas sociais. E porquê? Porque os resultados mudaram! Ou seja, isto passou a ser uma doença com outro tipo de perspectivas e, por outro lado, a própria sociedade mudou a maneira de encarar a doença. Mas, essencialmente... Eu penso que o principal motor foi a mudança de resultados. Apesar de os resultados continuarem a ser muito maus...

**E: A taxa de sobrevivência.**

M: A taxa de sobrevivência foi diferente. O sucesso das terapêuticas foi diferente. A toxicidade das terapêuticas é diferente. E nós vimos de períodos... A Medicina, desde os anos 40, mais ou menos, até aos anos 70 foi, essencialmente, aumentando a capacidade de desmontar corpos. Porque, em termos de Cirurgia Oncológica, chegaram-se a limites completamente... Hoje em dia, para nós, difíceis de compreender. Como hemi-corpectomias e... cirurgias do género. E, depois, houve uma descalção da toxicidade. Começamos a ser cada vez menos tóxicos, cada vez mais seletivos na maneira como tratamos estes doentes.

**E: E isso aumentou a taxa de sucesso.**

M: Aumentou a taxa de sucesso e aumentou a taxa de aceitabilidade social da terapêutica.

**E: Sim. Reduziu obviamente o estigma, por consequência.**

M: Exatamente! Portanto, essas diferenças eu vi-as muito à minha frente. E sou da altura em que havia palavras proibidas. Leucemia era uma palavra proibida! Uma pessoa explicava a um doente com uma leucemia exatamente o que é que ele tinha: tinha uma doença em que nasciam os glóbulos brancos dentro da medula e que, se o tratamento da medula deixa de funcionar, os glóbulos vermelhos desaparecem, as plaquetas desaparecem, os glóbulos brancos normais desaparecem; e estes glóbulos brancos que crescem anormalmente podem invadir outros órgãos... Estamos a explicar exatamente o que é que aquilo é, mas não se usava a palavra.

**E: Não dizemos o nome.**

M: Não dizemos o nome! Porque o nome... O nome em si era a coisa! Era a coisa... O nome em si trazia toda a carga emotiva. E a carga emotiva não estava associada à natureza da doença, mas ao estigma. E eu vi isto tudo mudar muito... E acho que ainda vamos ver mudar muitíssimo mais! E vi... vi a ocorrência de investigação durante anos e anos e anos em laboratório, em que se andava a estudar molécula para a frente, molécula para trás e... e... e o radical para a frente e o radical para trás, sem qualquer resultado. E, de repente, porque é de uma forma relativamente súbita, a partir de meados da década de 90, nós começamos a ser... a recolher frutos de 20 anos de investigação. Temos 20 anos de investigação básica exaustiva.

**E: Sem sucesso?**

M: Não foi sem sucesso! Foi a coletar informação! E, a certa altura, a informação... as peças do puzzle começam a juntar-se! E... e os ratos deixam de ser ratos. E começamos a tratar pessoas e a deixar os ratos. Essa é a diferença!

**E: E aí vem o salto.**

M: Um salto muito grande, sim. Esse é o grande salto da Oncologia, neste momento.

*(interrupção telefónica)*

**E: Antes de mais, só para me clarificar aqui uma questão: trabalha aqui, no [—], em transplantação, desde quando?**

M: Há [—] anos. Ah... Em transplantação, mesmo, desde... ora... [—]. Não, voltei... Desculpe, voltei da [—]... Em [—].

**E: E desde então até agora?**

M: Sim.

**E: Só na [—]?**

M: Só na [—].

**E: E queria-lhe perguntar, em relação à sua experiência profissional, o que é que realçaria como sendo o mais importante para si? E gostaria que me caracterizasse o universo de doentes de quem tem cuidado ao longo da sua prática clínica.**

M: Sim.

**E: Gostaria que me dissesse quais são as características principais do perfil de doentes de quem tem cuidado e, no âmbito da sua experiência, o que é que realçaria de mais importante?**

M: É assim, o perfil que nós temos são, essencialmente, doentes com situações que ameaçam a vida. Portanto... O tipo de doentes que nós... que eu trato aqui são doentes que têm doenças que, se não forem tratadas, matam. Isto é... Esta é a primeira questão, enfim, importante no meio disto tudo. Eu tenho, essencialmente, dois tipos de doentes. Os doentes com doenças oncológicas e que, habitualmente, já foram tratados. Ou seja, são doentes que chegam ao transplante como atingirem o grau... Ou seja, para eles... Chegarem aqui é ultrapassarem uma série de etapas. É porque ultrapassaram algumas etapas com sucesso, porque, se não, não tinham chegado aqui. Portanto, nem teriam sido transplantados. E que aparecem-nos aqui a pensar: ok, já aqui cheguei, portanto, já estou salvo! Já... Ok! E nós temos que lhes desmontar isto... esta forma de ver a coisa. Portanto, explicar-lhes que, se chegaram aqui, agora é que vai começar tudo. Portanto, tudo o que foi feito até ali foi pequeno perante a perspetiva de sequências. E tenho doentes que chegam aqui virgens de tratamento. Habitualmente correspondem a situações benignas, portanto, a situações não-oncológicas: aplasias medulares, hemoglobinopatias, imunodeficiências, doenças desse género... nós também transplantamos, mas são doentes que nunca fizeram quimioterapia. E esse tipo de doentes são doentes para os quais isto é uma experiência completamente nova. Portanto... E cujo primeiro contato a sério com... com a Medicina é feito aqui. Portanto, é um tipo de... são doentes mais complicados, porque, habitualmente, têm menos conhecimento do sistema. São mais frágeis, habitualmente... São mais frágeis psicologicamente, porque este é o primeiro embate, digamos assim. Os outros foram apanhando alguns embates primeiro, portanto, foram ganhando algumas resistências. Mas, em qualquer um deles, em ambos os casos... Nós achamos que as pessoas, habitualmente, vêm para aqui com uma hiper-esperança ou uma hiper-valorização daquilo que vão fazer. E um dos grandes objetivos... Nós temos é que fazer algum downgrading dessas esperanças e adequar as expectativas àquilo que, de fato, nós podemos oferecer. E informá-los adequadamente das toxicidades. E esta conversa que... Portanto, nós temos uma primeira parte em que o doente não existe. Ou seja, em que os doentes nos são referenciados por papel. Portanto, mas que nós ainda não vimos o doente. Em que a gente estamos a ver se tem dador, se não tem dador, etc. Portanto, essa é uma primeira parte que é o... que é o doente virtual e em que somos, essencialmente, muito pressionados, pelo lado dos médicos, a dizerem: arranja um dador, trata-me este doente, transplanta-o, ele vai morrer se vocês não transplantarem! Ou seja, temos um peso grande! A segunda parte é: o doente é aceite. Ou seja, é aceite porque nós encontramos um dador, vamos transplantá-lo e temo-lo conosco. A partir daí passa a ser... O doente virtual passa a ser o doente real. Porque, dos virtuais, alguns nunca chegam a ser reais! Porque nunca encontrou dador, porque não tem oportunidade de..., não reagiu bem à terapêutica, whatever...! Nós não concordamos com a indicação, porque nós não... Essencialmente, nós não transplantamos porque não há mais nada a fazer. Nós transplantamos porque achamos que é útil transplantar. Portanto, muitas vezes, a coisa é contada... É-nos apresentado do outro lado assim: ah, mas eu já não tenho mais nada a fazer! Ok, está bem, mas não é por isso que eu transplanto! Eu transplanto porque acho que vale a pena! Não é porque não há mais nada a fazer! Essa é uma má maneira de

transplantar, um mau argumento! Eu percebo o lado de lá! O lado de lá quer ter o doente nas mãos e quer ver se arranja qualquer expectativa de saída! O nosso papel é outro! Quando passamos a ter o doente, ok, temos que fazer algum downgrading das expectativas e adequar a expectativa de toxicidade àquilo que... que é de esperar, a dependência, ou não, ao hospital que nós achamos que ele vai ter e durante quanto tempo. Explicar o que é isto de que estamos a falar, porque ainda há muito misconception em relação à... à transplantação. Depois das expectativas adequadas e de tudo conversado... E, obviamente, a esperança que nós damos ao doente depende da utilidade que tem o procedimento, de acordo com a patologia que ele tem e o estado dele e etc. Obviamente que o meu discurso não é o mesmo para um doente que tem uma doença que eu acho que vou curar com transplantação ou com uma doença que eu acho que não vou curar, que vou, eventualmente, ganhar alguns anos de vida. Portanto... E o discurso é diferente! Ou com outro em que eu acho que o procedimento é quase experimental ou mesmo experimental! Nós temos alguns doentes em ensaio clínico. Portanto, o que eu transmito ao lado de lá é sempre diferente! E, de acordo com aquilo que eu transmito ao lado de lá, eu também espero que haja reações diferentes. E em relação a algumas patologias e a algumas indicações, espero que alguns doentes me digam que não. Se todos os doentes me disserem que sim, eu acho que não lhes estou a transmitir informação adequada. Porque quer dizer que eu não os informei adequadamente. Depende! Há doenças que eu acho que todos me têm que dizer que sim, porque o lucro é muito grande. Portanto, esta é uma... Há áreas em que eu acho, de fato, que toda a gente vai ter que dizer que sim. E há áreas em que eu acho que aquilo que eu estou a propor não é tão bom assim. Há áreas em que eu tenho dúvidas se eu queria ser transplantado se tivesse naquele lugar. E eu... E eu sou capaz de explicar isto aos meus doentes. Ou seja, que eu acho que têm indicação formal ou que é uma opção do doente. Ou seja, há situações em que o grau de opção do doente é muito importante. O que é que ele prefere? Prefere o risco ou prefere viver menos tempo sem correr o risco e sem se submeter à toxicidade? Portanto, a gestão da informação, à medida que vamos sendo mais velhos, vai sendo feita com mais equilíbrio. Quando somos mais novos, somos mais entusiastas e achamos que a nossa eficácia é tremenda e que curamos tudo. Depois começamos a perceber que não.

**E: Também há um abaixamento das expectativas do próprio médico.**

M: Eu acho que não se chama abaixamento. Adequação!

**E: Hm... Ajustamento, sim.**

M: Há... há um ajustamento à realidade e... depois, obviamente, também temos flutuações ao longo dos nossos estados de espírito e do nosso passado recente. Se nos morreu um doente na véspera ou nos dias antes aquilo foi uma coisa traumática por toxicidade em relação a uma patologia em que eu tenho pouca expectativa terapêutica, se calhar nos meses a seguir, quando falar com doentes em situações parecidas com aquela, vou vender aquilo de uma maneira muito menos convincente, digamos assim. As nossas experiências recentes, ou às vezes até experiências antigas, são muito importantes na transmissão da informação. A informação tem sempre um viés pelo lado do informador. Nunca é neutra!

**E: E eu pergunto-lhe se esse é o aspeto mais significativo para si.**

M: Eu acho que a parte da informação é uma parte muito importante. A parte da comunicação. A parte de como se comunica é, talvez, das coisas que mais gozo me dá. Eu aprendi várias coisas ao longo da minha carreira em relação a isso. E... Eu acho que nós comunicamos essencialmente mal. Nós, médicos, comunicamos mal! E comunicamos... Mas, para além de nós comunicarmos mal, os nossos doentes também ouvem mal! E, além de ouvirem mal, o pior de tudo é que lembram-se pior! E... Porque, a comunicação é... é aquilo que sai, depois daquilo que sai é aquilo que entra, e depois daquilo que entra é aquilo que fica! E... e aquilo que as pessoas se recordam, às vezes, não tem rigorosamente nada a ver com aquilo que nós dissemos, nem sequer com aquilo que eles entenderam na altura. Porque nós vamos deformando as nossas memórias de acordo com aquilo que se adequa.

**E: Intencionalmente?**

M: Não, não é intencionalmente. É de uma forma completamente automática.

**E: Eu pergunto se é intencionalmente, porque pode ser um mecanismo de fuga.**

M: Não... Mas a fuga não é intencional. Não é habitualmente intencional, se não não se consegue fugir. Só se fica acossado... Ou seja, só se consegue fugir e passar para outra quando nós conseguimos desligar qualquer coisa. E aí entram, essencialmente, mecanismos não conscientes, subconscientes, whatever... como se queira chamar a isso. Mas, essencialmente, isso. Se acreditarmos na divisão da... da mente, no inconsciente e no subconsciente do Freud, isto são essencialmente mecanismos do subconsciente. Porque nós não conseguimos dizer: eu agora vou-me esquecer disto! Não temos botões para desligar. Temos discursos e temos atitudes de evicção, etc., mas não temos mecanismos de desligar.

**E: A questão da comunicação, para si, é uma das mais importantes? Não digo que seja a mais importante, porque já me falou várias vezes da questão: eu gosto de tratar doenças difíceis. Portanto, eu acredito que isso também seja um aspeto importante.**

M: O mais importante é o outcome! Obviamente!

**E: E que outcome?**

M: Depende. Aí já... já acho que é o outcome adequado. Ou seja, eu adequo as minhas expectativas de outcomes em relação à patologia que tenho em causa e em relação às armas que tenho. Acho que o outcome, para mim, desejado não é um outcome lunático. Ou seja, em alguns casos, aquilo que eu quero é que os doentes venham ter comigo 10/15/20 anos depois e me venham trazer os... mostrar os filhos que já tiveram entretanto, que retomaram... que estão a fazer a sua vida completamente normal, que trabalham, que têm uma integração social, ok? E que se esqueceram de mim. É bom! É bom... e pronto. Noutros casos é que o doente tenha uma morte pacífica, que se tenha conseguido despedir adequadamente da família e resolver as..., para ele e para os que ficam, as angústias que tinha. Noutros é a pessoa que conseguiu viver durante mais algum tempo e com uma qualidade de vida excelente, fazendo aquilo que gostaria de fazer. Há pouco tempo tive uma doente minha que viveu 4 ou 5 anos e foi fazer... eram coisas loucas da vida: trepar montanhas e não sei quê. Para mim era isso que era importante. Era o que era importante

para ela! É a qualidade da vida que se tem! Porque todos nós só temos vida restante. Portanto... E obviamente que eu adequo as minhas expectativas ao diagnóstico e ao prognóstico da situação. Não estou à espera de milagres. Milagres é a Nossa Senhora de Fátima, essa parte não é comigo! Temos alguns, quer dizer... Temos uma coleçãozinha de milagres, mas a gente acha que não fomos nós que fizemos, aconteceram! Aqueles doentes inesperados, improváveis... A Medicina surpreende-nos, hein? Muitas vezes! E tenho vários casos de... Uma pessoa que tenha muitos anos disto tem vários casos que são capazes de levar a qualquer lado e toda a gente dizer assim: epá, isto não existe... não sei, isto é um caso que ninguém esperaria que estivesse vivo e normal não sei quantos anos depois! Tenho vários casos assim.

**E: E isso, para si, é o que é mais significativo na sua experiência profissional?**

M: Não... não... não... não...

**E: Então, o aspeto mais importante que destacaria, qual seria?**

M: Isto são pessoas, não é? Cada pessoa tem um valor intrínseco. Ou seja, eu não... O que é que eu trato? Trato populações. Eu trato pessoas. Eu trato pessoas individualmente. Cada um... Obviamente, quando vamos analisar os meus resultados, o que interessa é a mancha da perspetiva da sociedade como olha para mim. A sociedade olha para mim e diz assim: o que é que este gajo faz?, tratou não sei quantos doentes... o que é que lhes aconteceu?, e o que é que era expectável que lhes acontecesse?, e qual é a diferença que ele tem em relação àquilo que é expectável? É... É isto que a sociedade... É assim que a sociedade deve olhar para mim. É assim que a sociedade olha para mim. Habitualmente, quer dizer... Mas os indivíduos, individualmente, não olham para mim assim. Olham para mim assim ou porque são meus doentes e, ok, eu trato deles ou porque conhecem doentes meus ou são familiares de... ou não sei quê. E, nessa altura, não vão olhar para mim em termos de mancha. Vão olhar para mim em termos de resultados individuais. O doente... Epá, o doente é um caso! De modo que o doente... O interesse dele mesmo é o que é que vai acontecer no caso dele. Se eu curei 90% destes doentes, ok! Mas eu sou dos 90 ou dos 10? Este é o problema dele, não é? Isto é tudo... O problema... A Medicina defronta-se com o problema da casuística.

**E: Mas você está a olhar para isso do lado do doente. Eu quero que olhe do seu lado. O que é que para si é importante? Do lado do doente, eu percebo o que é que seria importante.**

M: Do meu lado, o que é importante é o caso individual. É cada caso individual. E quando eu deixar de... de ver isto como: aquilo que eu trato são casos individuais, mesmo que sejam muitos, quando eu deixar de ver isto assim, deixo de ser médico e passo a ser técnico de saúde.

**E: Atribui algum significado particular à forma como tem desenvolvido a sua prática clínica? E consegue identificar os maiores contributos que dela têm resultado para a sua reflexão sobre aquilo que tem sido o seu percurso profissional?**

M: Oiça, eu sou médico como os outros. Não sou nada de excecional. Sou médico, trato doentes e tal, faço os meus erros, carrego o meu cemitério à minha cabeça com...



**E: Com os insucessos, é isso?**

M: Os insucessos! Claro! Aqueles que morreram por aquilo que eu fiz. Na minha área é muito fácil... muito fácil, muito identificável e heterogênea. Aliás, essa é uma das características da Oncologia. A Oncologia foi a primeira especialidade com necessidade de apresentar resultados. Esta coisa dos overall survival, disease-free survival e o progression-free survival, event-free survival... tudo isto veio da Oncologia, não veio de mais lado nenhum. Neste momento vê-se noutras especialidades, comecem a quantificar isto, mas isto veio da Oncologia. E veio da Oncologia porquê? Porque era necessário explicar a heterogenia, justificá-la. Se eu agarro num doente que me chega, vem ter comigo e eu o ponho sem cabelo, a vomitar, com febre, cheio de aftas, tiro-lhe um braço... Quer dizer, eu tenho que explicar isto! E tem que haver um equilíbrio entre a minha toxicidade e os benefícios que eu tenho. E foi por isso que na Oncologia senti necessidade de justificar aquilo que fazia. Porque, inicialmente, a quimioterapia foi considerada como uma barbaridade. Eu recomendo a leitura de um livro muito bem feito, com alguns erros históricos, mas poucos. Chama-se: O Imperador de Todos os Males: Uma Biografia do Cancro, onde pode muito bem ver... Há lá algumas histórias de pessoas que, hoje em dia, são respeitadíssimas, etc., alguns até prémios nobel tiveram... E ver, por exemplo, a maneira como foi encarado o Sidney Farber quando começou a tratar das crianças com leucemias em Boston, num hospital que hoje em dia tem o nome dele, que é o Dana-Farber. E, portanto, quando vê... E é bom perceber que tudo aquilo, obviamente, hoje em dia... Não havia nenhuma Comissão de Ética, em lado nenhum, que aceitasse a maneira como aquela investigação toda foi feita. Tenho-lhe a dizer, sinceramente... Era a época! Nós temos que ter os olhos na época quando estamos a olhar para cada época. Apesar de tudo, foi feito com um bom sentido, porque o sentido era tratar os doentes. O fim era bom! Mas a Oncologia teve necessidade de se justificar. E, particularmente, porque nós, muitas vezes, estamos a justificar benefícios mínimos... são coisas muito pequeninas: porque, nós, fazendo quimioterapia adjuvante no cancro do cólon em estágio III, vamos ganhar... E, depois, a pessoa começa a ver... Epá, vai ganhar 15% em mortalidade. Mas depois tem que ir ver quanto é que é a mortalidade. E, depois, chega à conclusão que a mortalidade são 30%. E, portanto, se vai ganhar 15%, vai ganhar 15% de 30%. Aqueles 15% já são só 4,5! Portanto, o que eu estou a dizer é que todo o progresso em Oncologia é cheio de casos raros, casos únicos, casos que são pequeninos passos... Mais 1% aqui, mais 2% ali, mais 3% acolá! Que se vão somando... E são ganhos que vão sendo acumulados muito devagarinho. E, devido à toxicidade intrínseca da terapêutica que nós fazemos, há necessidade de justificar cada um destes pequenos passos. Certo? Portanto, nós agora voltamos à questão que me pôs, que é...

**E: O que é que, para si, tem sido o mais importante? O que é que o tem interpelado mais do ponto de vista da sua experiência profissional?**

M: É conseguir dormir descansado. O importante é dormir descansado...

**E: Disse-me que vivia com o seu cemitério à cabeça... com os insucessos.**

M: E vivo! E vivo! E pesa-me! E cada um que me acontece, pesa-me! O que é que são os insucessos? São os inesperados! Os que são desadequados... Não é os esperados. Ou seja, eu... Um médico mais velho mais facilmente adequa as expectativas àquilo que é adequado. E distingue... Tem uma maneira, se calhar, às vezes mais racional de ver as

coisas e dizer assim: os meus objetivos vão ser diferentes. Mesmo que os objetivos sejam os mesmos, a minha expectativa é diferente: eu, neste caso, espero curá-lo; naquele caso, não espero!; neste caso espero que viva 1 ano, naquele espero que viva 5, num espero que viva 10 e num espero que viva 15 dias! E esta forma que nós temos de raciocinar levamos a aceitar aquilo que corre de acordo com o esperado, de uma forma perfeitamente mais pacífica, a também preparar melhor o doente e os familiares para aquilo que nós achamos que é expectável. Ou seja, fazer com que todo o processo seja feito de uma forma mais pacífica. Não é só o nosso processo, é o processo todo. E, por outro lado, ficarmos gratos quando... ficarmos satisfeitos quando temos resultados melhores do que aqueles que estávamos à espera. Ou seja, quando conseguimos ir para além do expectável. Mas, obviamente, a desilusão é quando as coisas correm pior do que o expectável. Obviamente!

**E: Isso é o que tem sido mais marcante ao longo da sua prática clínica?**

M: É... Eu acho que, se calhar, do meu posicionamento... sim! O outro é perceber a nossa ignorância. Quer dizer, acho que é importante também... E partilhá-la com os doentes. Os doentes saberem que nós sabemos que somos... Temos uma ignorância esclarecida, mas não passamos daí.

**E: Hm... isso é muito modesto.**

M: Mas é verdade! Nós sabemos muito pouco. Há casos que correm bem... Mesmo um caso, quando corre muito bem e eu não sei porquê, também me deixa de boca aberta! Deixa-me! Porque raio é que isto correu bem? O que é que eu não entendi? O que é que eu não entendi aqui? Embora aconteça mais frequentemente o contrário: um caso que corre mal quando nós não estamos à espera. Eu acho porque, às vezes, nós temo-nos em melhor conta do que aquilo que somos. Mas isso é uma... São mecanismos de autoestima que fazem bem. Mas pronto...

**E: Eu acho que a acumulação da experiência ajuda a ajustar a forma como...**

M: Sim, mas não torna os insucessos mais doces ou mais fáceis de aceitar. Até lhe digo que os torna mais complicados, porque a nossa expectativa em relação a nós próprios e à nossa capacidade vai aumentando. E de modo que, particularmente, a heterogenia é cada vez mais difícil de aceitar. Particularmente, isso, sim.

**E: Acho que isto nos vai dar um mote para entrarmos no assunto que me trás aqui, relativo à sua experiência pessoal com a receção de pedidos de assistência médica ao suicídio e de eutanásia. Apelando à sua memória, gostaria que me descrevesse, com detalhe, os pedidos de morte medicamente assistida mais claros, mais explícitos, mais conscientes e melhor refletidos que recebeu ao longo da sua prática clínica.**

M: É assim, eu tenho 2 tipos de pedidos: pedidos à priori e pedidos na altura. Os pedidos à priori... tive vários doentes que... lembro-me de alguns, mas tive mais, que praticamente na primeira consulta... não na primeira, na segunda/terceira consulta, na altura em que é feito o diagnóstico, explicado o procedimento terapêutico e a perspetiva da doença, me colocaram a questão de imediato. Logo! Eu praticamente não os conhecia. Ou seja... Primeira consulta, análises e não sei quê... pedi-lhes uns exames, umas biopsias e não sei quê... Segunda consulta, habitualmente já está tudo feito... segunda ou terceira consulta,

no máximo, já está tudo feito e já tenho o diagnóstico feito. Explico a situação, o que é que é, o que é a gente vai fazer, como é que vamos tratar, e tive vários doentes que nessa consulta me disseram logo: olhe, senhor Doutor, eu queria aqui já esclarecer uma coisa, eu não estou disponível para... não estou disponível para ter um sofrimento incomportável, não estou disponível para ficar completamente incapaz, para ficar completamente dependente, eu não quero viver assim!; ou é para ser dono das minhas ações, e não sei quê..., e capaz de controlar o meu corpo e de, minimamente, auto-cuidar-me e tal ou, então, prefiro morrer!; e espero que, quando chegue essa altura, o senhor Doutor me ajude a morrer. E alguns doentes, particularmente doentes mais velhos, tiveram comigo esse discurso. E tiveram comigo esse discurso... E é um discurso, habitualmente, muito racional. Não é um discurso emotivo ou pouco pensado. Não! É um discurso, habitualmente, muito racional! E que mo recordaram para a frente! Ou seja, quando as coisas correram mal à frente: o senhor Doutor não se esqueça daquela conversa que eu tive consigo! Portanto, houve... Lembro-me de 2 casos distintamente. Um era um homem que era militar e que a questão foi... E outro foi uma senhora... Completamente lineares a lembrarem-me o discurso que eu teria inicialmente.

**E: E esse é o tipo de pedidos por antecipação?**

M: Sim, estes são os mais... os pedidos à priori. E são doentes que querem estabelecer, logo à partida, as regras do jogo. E o que é habitual da minha parte, perante esse tipo de pedidos, é explicar-lhe a minha situação. Ou seja: eu, do ponto de vista legal, não posso... Eu considero que a profissão médica é regulada. É um contrato com a sociedade que eu tenho. Ou seja, eu acho que a lei é um contrato com a sociedade. A sociedade permite-me fazer determinado tipo de malvadezes e algumas benfeitorias e disponibiliza, para minha utilização, venenos que eu utilizo enquanto entidade judiciosa, habitualmente, para tratar as pessoas. Portanto, eu tenho um contrato com a sociedade ao mesmo tempo, que é a lei. E a sociedade diz-me o que é que eu posso fazer, o que é que eu não posso fazer. E este é um contrato com a sociedade. A sociedade espera determinada coisa de mim e eu espero determinado apoio da sociedade em relação a determinado tipo de coisas (que me disponibilize medicamentos, que me disponibilize meios de diagnóstico, etc.). E, independentemente da minha concordância, ou não, com aquilo que a sociedade estabeleceu como limites, eu cumprio com as regras do contrato que tenho com a sociedade. E, portanto, explico aos doentes isto. E explico o que é que eu posso... o que é que eu posso oferecer do ponto de vista da lei. Ou seja, o que é que eu posso? Evitar o encarniçamento terapêutico, não fazer medidas desadequadas, privilegiar o controle da dor e o controle dos sintomas para situações que eu acho que não têm saída, não ir para além de determinados limites, não fazer reanimação em algumas alturas, não recorrer a Cuidados Intensivos se os doentes não querem... Ou seja, não fazer nada... não fazer nenhuma medida terapêutica que os doentes não querem que eu faça. Mas que o meu limite é esse. Que eu não posso fazer mais do que isto. E esta é... E este é o discurso que, habitualmente, se tem nessas alturas e também, por outro lado, dizendo que: nem sequer é necessário tomar decisões nenhuma agora porque, à medida que formos percorrendo a doença, o doente irá... ele poderá mudar de decisão, mudar de opinião e eu estarei cá para ouvir o que eles quiserem. Sempre!

**E: E o segundo tipo de doentes, qual é?**

M: O segundo tipo de doentes são os doentes verdadeiramente em situação terminal que querem morrer. O primeiro caso que eu tive... já foi há muitos anos...

**E: Diga-me só uma coisa, os pedidos de que falámos em primeiro lugar são pedidos de assistência médica ao suicídio ou são pedidos de eutanásia?**

M: Não, são pedidos de eutanásia. São pedidos de eutanásia. Nunca tive... Posso-lhe mesmo dizer que nunca tive nenhum pedido de suicídio medicamente assistido. Isto nunca me aconteceu. Pedidos de eutanásia, sim. Pedidos de eutanásia podem ser mais ou menos expressos, mais claros ou menos claros... Depende, também, um bocado da receptividade de quem está do lado de cá. *(silêncio prolongado)* O primeiro pedido que eu tive...

**E: Que pertence ao segundo grupo de doentes?**

M: Segundo grupo de doentes! O primeiro pedido diretamente de eutanásia de um doente... Nós achamos que controlamos sempre... Existe uma escola um bocado idiota... não posso dizer isso... pouco letrada, que acha que nós conseguimos sempre controlar os sintomas. Não é verdade! Ou seja, nós só conseguimos controlar os sintomas se pusermos os doentes a dormir. Se os anestesiarmos.

**E: Sedar.**

M: Não é sedar. Às vezes, estamos a falar de Anestesia. Ou seja, tirar... eliminar a vida de relação. Há sintomas mais fáceis e mais difíceis de tratar. Tenho alguma dificuldade em entender como normal, dentro do ponto de vista da Palição, a Anestesia. Portanto, ligar um doente a um ventilador para... porque nem sequer sei exatamente o que é que ele está a sentir, muito honestamente. Ninguém me garante que ele não está a sofrer. A única coisa que... que eu sei é que eu não estou a vê-lo a sofrer. Mais nada! O que é uma coisa complicada... Embora em algumas áreas se fale em ventilação paliativa, e é bom que eu na minha não descarte a hipótese da ventilação paliativa, acho que a ventilação paliativa é uma coisa com um campo muito restrito. Habitualmente é restrita, quase sempre, à Pediatria. É o que é habitual. Habitualmente é restrita à ventilação não invasiva. Mas, mesmo ventilação invasiva... Eu vi fazer ventilação invasiva paliativa e concorri para... em alguns casos. Portanto, não tenho... não posso atirar pedras aos outros. Mas, no entanto, são casos muito, muito excecionais. Na maioria dos casos, se nós ligamos um doente a um ventilador, o doente vai perder a vida de relação e deixar de comunicar com... com quem quer que seja. Habitualmente o controle da dor, que é a coisa que é mais falada, é habitualmente o controle mais simples de fazer. Ou seja, dentro dos sintomas verdadeiramente incapacitantes, a dor é habitualmente o sintoma menos complexo. Exceto a dor neuropática. A dor neuropática, às vezes, é um pincel do caraças e nós não conseguimos resolver a questão. Por outro lado, é muito diferente quando estamos a tratar de um sintoma de um doente que vai viver 1 ou 2 dias, quando estamos a falar de um sintoma de um doente que vai viver meses ou anos. Portanto, tudo isto é distinto. É distinto... É distinto para toda a gente: para a família, para o doente, para a equipa que o trata... É distinto! E, muitas vezes, aquilo que nós estamos a falar não são situações de doentes moribundos, em que o que se discute essencialmente em doentes moribundos é a maneira de eles morrerem adequadamente, ponto! O que estamos aqui a discutir, muitas vezes, são situações de doentes que têm alguma expectativa de vida, que

às vezes são semanas, muitas vezes são meses. Mas voltamos ao caso. Por acaso, eu tive um caso de dispneia por... um doente com um linfoma, com infiltração do pulmão. Um miúdo novo, com [—] [< 30] anos. E que foi tratado de primeira, segunda, terceira linha e a doença a progredir, já completamente... e nós sem capacidade nenhuma de controlar a dispneia do rapaz, que era uma dispneia verdadeiramente assustadora. Com morfina etc... é irrelevante. Ou lhe dávamos tanta morfina que o matávamos, ponto. Mas não estávamos a falar de sedá-lo, matávamo-lo. Ou, então, as doses de morfina que se usavam não eram suficientes para controlar a dispneia. E o rapaz, arfando que nem um doido, disse que queria morrer: o senhor Doutor desculpe, mas isto assim não dá mais, eu queria morrer já, não estou para sofrer isto! Esse foi o primeiro caso que eu tive. Era interno, portanto... E foi um caso que me marcou muito. Porque eu, honestamente... uma pessoa acha que ele tem direito a morrer, caramba! Estamos a falar de um caso de uma pessoa que não pode fazer nada, quer dizer... Eu não tinha capacidade para fazer coisa nenhuma, na altura.

**E: E ele expressou isso reiteradamente?**

M: Reiteradamente! Todos os dias! Todos os dias até morrer! Várias vezes ao dia! A toda a equipa: a mim, ao meu chefe... a toda a equipa.

**E: Como é que vocês lidaram com esse pedido?**

M: Mal! Mal! Lidámos mal! Muito mal! Não sabíamos o que é que havíamos de fazer. É tão simples quanto isso... Não sabíamos!

**E: E, provavelmente, até hoje esse é um dos casos que toda a equipa recorda...**

M: Não sei... A maior parte da equipa já se reformou. Era mais noutra altura... (*risos*) Aliás, só estamos duas pessoas a trabalhar cá. Mas qualquer... Tanto eu como a outra colega que trabalhava comigo na altura... para nós os dois continua a ser um caso de que nós nos lembramos. Completamente! O nome dele e tudo! Em que cama é que estava, em que sala é que estava, tudo! Eventualmente, aquilo que eu sei hoje de Palição... teria sido mais eficaz na altura do que fui. Portanto, hoje ele não teria sofrido aquilo que sofreu. Mas...

**E: E acredita que isso teria anulado aquele pedido?**

M: Não sei, não sei. Não me parece nada, mas... Não me parece nada que tivesse anulado o pedido, mas provavelmente, da minha parte, tinha sido mais pacífico.

**E: Sim, tinha convívio melhor com isso.**

M: Sim... Esse foi o meu primeiro caso. Depois tive mais casos ao longo da minha vida. Pessoas com... Uma senhora com uma degradação da imagem tremenda. Porque tinha um tipo de linfoma que lhe ia, rigorosamente, comendo a face. Era uma coisa chamada Linfoma T/NK Nasal, um linfoma que tem... tinha, como ponto de partida, o nariz e que lhe foi comendo a face: o nariz, primeiro um olho, depois foi... Ia ficando com buracos na face. Depois ficou com um enorme buraco no palato... Depois ficou com uma espécie de uma traqueostomia feita pelo linfoma, com um cheiro nauseabundo no corpo... Um coisa assim... dos mortos... um cheiro horrível. E aquilo que a desesperava mais era a alteração da imagem. Ou seja, aquilo que ela passou a ser. Visualmente... Para os outros, para a

família... O cheiro eventualmente, mas não era por aí... A grande questão era mesmo: eu não sou esta; eu não quero ser recordada assim! Isto são coisas que a vida...

**E: E como é que ela falou consigo sobre isso?**

M: Diretamente: eu quero morrer!

**E: Mas o querer morrer é um nível de desabafo...**

M: Não, não! Não, não! Não, não! Eu quero que vocês me antecipem isto! Eu quero morrer! Não, não é...

**E: Ela foi bastante...**

M: Nunca foi muito volitiva, até pela personalidade da senhora.

**E: Que era...?**

M: Que era uma senhora muito dócil, muito... muito bonita, muito bem educada. E em que aquilo tudo lhe fazia uma confusão tremenda. E que também se sentia muito constrangida na... ao expressar aquilo que queria. Sentia que estava a questionar-se a si própria, à religião, etc.

**E: Estava a ir contra os próprios princípios nos quais ela acreditava.**

M: Sim, sim, sim... E isso levava-a a ter... a não ser particularmente reivindicativa em relação ao assunto. A ser mais insinuante... E depois tinha medo de ofender-me, de estar a incomodar-nos. Tínhamos uma relação excelente, gostávamos muito... A senhora era mesmo muito simpática e de modo que nós gostávamos muito dela. E todos vimos isto tudo acontecer, porque isto tudo começou com uma lesão pequenina que evoluiu catastroficamente ao longo de 3 ou 4 meses.

**E: Foi rápido.**

M: Foi... foi rápido... opiniões... Eu acho que não podia ter sido mais lento. Acho que foi lentíssimo. E... Ok... Como é que isto...?

**E: A equipa discutiu esta questão?**

M: Sim... E ela também, sim... sem qualquer... No caso dela... Já foi um caso passado, posterior. Eu acho que nós já tínhamos, apesar de tudo, mais treino e mais bagagem no controle deste tipo de coisas. Já tínhamos discutido mais, também... mais doentes. E as coisas foram, apesar de tudo, mais adequadas da nossa parte. Eu acho que não é um caso que me traumatize tanto como o outro. Porque, no outro, acho que nós reagimos pior, porque não víamos tanto aquilo. Todos achávamos que o rapaz tinha razão em querer morrer. Todos achávamos: eu, se tivesse ali, queria morrer e queria que alguém me ajudasse... vocês, por favor, não me deixem chegar àquela situação! Ok? É um bocado isto. No caso dela... Eventualmente, fomos muito mais... Já havia mais drogas, que não havia na altura... Fomos, se calhar, muito mais agressivos na medicação e muito mais... Conseguimos, apesar de tudo, controlar a questão psicologicamente melhor. Embora a parte do cheiro era uma coisa terrível, terrível...

**E: E, se calhar, emocionalmente isso era devastador.**

M: É! Era, para ela, devastador, porque ela via a cara das outras pessoas. Porque o próprio cheiro, as pessoas ao fim de algum tempo habituam-se. Quando o cheiro vem do próprio, habitualmente, as pessoas... Nem sempre se habituam, mas... Esse é o tipo de... É o tipo de caso que não vem nos livros. Os livros de Cuidados Paliativos não dizem o que é que se faz. O doente cheira pessimamente! O que é que se faz? Não há nada a fazer... Água de rosas? Não é por aí... Estamos a falar de cheiros verdadeiramente nauseabundos! Não é... não se resolve assim. Não se resolve, pura e simplesmente. O cheiro é uma coisa muito complicada. Esse é o caso paradigmático. O último caso que tive... Tive 2 casos. O último caso que tive, mais recente...

**E: O que é que quer dizer com mais recente?**

M: Mais recente... final do ano passado. Novembro/dezembro do ano passado. Foi um caso interessante pela maneira como foi gerido, pela... A doente veio ter comigo, disse...

**E: Era sua doente?**

M: Não era diretamente minha doente. Foi uma doente com quem eu fiquei por férias de outro colega. E onde... Uma doente que estava em situação terminal. Nós geríamos... A doente iria viver meses, poucos... Para um transplantado, para nós, isto é uma situação terminal.

**E: Qual era o diagnóstico?**

M: Mieloma. E tínhamos feito vários planos... Uma senhora que tinha um filho, vivia só com o filho, portanto... um filho menor. Estava separada/divorciada e, a certa altura, percebeu que ia morrer. E nós explicámos completamente que aquilo... que já tínhamos feito tudo aquilo que vem nos cardápios e mais duas vezes. E, portanto, não tínhamos mais nada a oferecer rigorosamente em termos de terapêutica curativa, que... obviamente que tivemos a senhora sempre connosco. E, depois, a senhora decidiu... Ela ia fazer anos e decidimos que ela iria passar o aniversário a casa.

**E: Ela estava internada?**

M: Estava internada! Conversámos com ela e tal... Vai passar o aniversário a casa.

**E: Mas era um dia? Era ir e vir?**

M: Ou, eventualmente, ficar em casa a partir daí e vir a consultas. Vir diariamente ao hospital [—], mas sem ficar internada. Isto foi-lhe explicado e que nós poderíamos fazer isto sem problema, arranjávamos uma ambulância para a trazer e para a levar. Tudo seria resolvido da nossa parte. Tudo com muita calma... E ela: ah e tal, isso era uma boa e tal. Na semana antes ela foi a casa. Já não me lembro... Havia uma treta qualquer, já não me lembro... com o filho. Ela foi a casa e resolveu a questão que a atormentava, porque ela queria garantir que o filho, depois da morte dela, ficava a viver com a irmã dela e não com o pai. Porque era o que o filho queria e a irmã era o que ela queria e tal. E ela tinha medo que isso não ficasse bem resolvido. E consegui resolver isso formalmente com o pai da criança. Que ele aceitou perfeitamente, sem... sem... Pronto, tudo bem! Ela achava que havia alguma conflitualidade, mas não havia... Para ele, tudo bem! Ok... Se é assim, é assim! Tudo bem, eu aceito! Eles tinham uma relação que não era má, portanto... com o filho. Era o que era, mas não era má. E isso ficando resolvido, que era a coisa que ela

queria resolver, e mais umas coisas da casa e... umas dívidas que tinha e tal... Ficou isso resolvido. Voltou cá e decidi que já não queria ir a casa. Já não queria... Não! Quero morrer! Senhor Doutor, agora vou precisar da sua ajuda, porque eu já fiz tudo aquilo que tinha para fazer. Ou seja, todos os projetos que ela tinha feito estavam concluídos. De modo que, agora, quero morrer! Não quero ficar aqui à espera!

**E: Mas... perfeitamente consciente do que lhe estava a pedir?**

M: Perfeitamente! Perfeita, completa e absolutamente consciente do que estava a dizer!

**E: A sensação que eu tenho é que ela tentou arrumar a vida dela.**

M: Arrumou!

**E: E fechou.**

M: Exatamente! O capítulo está encerrado, posso morrer em paz! (*silêncio*) De modo que uma pessoa pergunta... Tinha dor? Não! Tinha falta de ar? Não! Não, não... Não tinha coisíssima nenhuma! Sintomas completamente controlados. A situação completamente controlada. Pura e simplesmente queria morrer.

**E: Como é que isso foi gerido?**

M: Eu expliquei-lhe que não a podia matar. Tivemos a discutir a questão... Expliquei-lhe a questão legal e quais é que eram os meus limites e o que é que eu podia fazer. O que eu podia fazer era parar tudo o que fosse terapêutica ativa. Ela tinha... Mas eu que imaginava que ela tinha para aí 50 fármacos, depois quando fui à folha terapêutica tinha meia dúzia de merdas. De modo que... Percebi logo! Vou parar tudo, ok? Vou manter um soro, uns analgésicos... Para as coisas sintomáticas, mantenho. O resto, vou parar tudo. Depois percebi, olhando para a folha, que num parâmetro não ia acontecer nada.

**E: Pois, não ia antecipar, não ia...**

M: Acontecer nada! E foi esta a história do que fizemos e explicámos à senhora...

**E: E ela não voltou para casa? Como não queria...**

M: Não, não! Morreu cá ao fim, para aí, de 3 semanas.

**E: E nunca mais foi a casa?**

M: Nem quis ir! Nem lhe falassem disso, porque... Ela, por ela, já tinha morrido. Aquela coisa que a esperança é a última a morrer, ela morreu muito antes da esperança!

**E: E ela nunca quis ser visitada pelas pessoas que deixou em casa?**

M: Não. Proibiu o filho de voltar cá. Despediu-se. Não sei se a irmã voltou, se não... não me lembro. A irmã ou a mãe. Penso que a irmã e a mãe ainda vinham. Sim, a irmã e a mãe ainda vinham. Mas, essencialmente, em relação ao filho, fechou o capítulo, porque era aquilo que ela queria fechar. Ela não queria que o filho visse a sua degradação. E, essencialmente, queria morrer.

**E: Isso é extremamente determinado, extremamente bem arrumado mentalmente, digamos assim.**

M: Exatamente! Claro! Porque é uma morte racional! Não é uma morte pelo impulso, pela... pelo sintoma... Não! É uma morte completamente racional. É o suicídio de Séneca. Ok? Quando o Séneca fala sobre o suicídio, diz assim: felizmente, os deuses deram-nos uma saída para quando nós estivéssemos fartos da vida! Que é o que dá... O que dá valor à vida é nós podermos acabar com ela. Portanto, e esta forma lúcida de o Séneca ver o suicídio...

**E: Que eu penso que é um bocadinho a dela, também.**

M: É completamente a maneira dela. Eu não discuti com ela a Carta 70, porque é a Carta nº 70 do Séneca que discute isto, mas poderia ter discutido, porque é... é de uma... Ela estava com uma lucidez, uma hiper-lucidez! Onde nós ficamos... *(expressão facial de estupefação)*

**E: Estarrecidos.**

M: Sim.

**E: Ela chegou a comentar isto com mais alguém da equipa?**

M: Sim, sim... Sim, sim... Sim, sim... Porque, entretanto, a médica dela voltou. Teve de férias, voltou. E, quando voltou, discuti o assunto e... Eu, aliás, tinha falado com ela. E que teve uma conversa igual à minha. E mais outra... Nós somos [—]. Também era na equipa de transplante, com... com este tipo de doentes e...

**E: Toda a equipa percebeu o que é que estava em causa?**

M: Completamente! Completamente!

**E: E discutiu? Vocês discutiram entre vocês?**

M: Sim.

**E: Ficaram mesmo abismados como está agora?**

M: Não! Entendendo-a completamente! Com uma tremenda empatia! Porque percebemos... Todos nós vivemos a experiência da doença daquela senhora. E qual é que foi o percurso connosco. E que foi uma lutadora quando foi necessário ser uma lutadora.

**E: Sim, nunca desistiu.**

M: Não! Foi à luta completamente!

**E: Mas há um limite para tudo...**

M: E, a certa altura, ela percebeu: isto já não tem saída nenhuma, o que eu precisei de resolver nos meus assuntos..., resolvi os assuntos, agora ok, epá não me obriguem a ficar aqui à espera! Porque, no fundo, ela estava à espera era da morte, que um dia lhe entrasse pela porta do quarto, quer dizer... E nunca sabia quando é que a outra entrava! Olha... Será que é hoje? Será que é amanhã? Será que é para a semana? Não sei... Era o tédio da espera da morte que ela não queria suportar. É isto.

**E: Este foi o último pedido de eutanásia que recebeu?**

M: Foi.

**E: Pensando no conjunto dos pedidos de eutanásia recebidos, queria-lhe perguntar que significado é que lhes atribui e se eles lhe colocaram algum desafio aos valores que acompanham a sua prática clínica.**

M: Não... Não... Eu acho que a vida é um bem disponível. Acho que a vida é um bem disponível... E, por achar que a vida é um bem disponível, considero que... me parece normal, em algumas alturas ou perante determinado tipo de expectativas, querer morrer. E que pode ser perante o sofrimento físico ou perante o sofrimento psicológico. Não... São ambos, para mim, igualmente reais. Não considero o suicídio uma... o pior dos pecados. Tem ali a... Está ali atrás A Cidade de Deus, de Santo Agostinho, em que o suicídio é considerado o pecado pior de todos. Mas... O suicídio é considerado o pior pecado de todos, porque é o único homicídio sem arrependimento.

**E: Mas o suicídio é diferente da eutanásia.**

M: Não, não é nada diferente. A eutanásia, para eles, é um pecado menos grave do que o suicídio. Porque, no suicídio, o indivíduo que mata, quando mata, ainda não se arrependeu por estar a matar. Ao passo que um indivíduo que mata outro pode-se arrepender a seguir. E por isso é que os suicidas não podiam ser enterrados em solo sagrado, porque tinham sempre, seguramente, de morrer em pecado.

**E: E não tinham a perspetiva do arrependimento, porque estavam mortos.**

M: Exatamente! Essa era a questão! E foi por isso que o Santo Agostinho vem defender que eles não sejam enterrados em solo sagrado e que sejam arrastados, os corpos, pelas ruas de Roma e não sei quê... e não sei quantos... e todo o discurso do dito cujo. Também é preciso perceber o que é que era o suicídio na altura. O suicídio, na altura, era muito frequente! Era uma prática muito frequente, mesmo! E de tal maneira que colocava problemas em relação à estabilidade da população. Portanto, a grande luta contra o suicídio, que aparece nesta altura (século IV), resulta da sua ameaça para a estabilidade da sociedade. Portanto, e isto aparece no século IV/século V, na altura já do apogeu do império romano, da degradação dos costumes e da degradação do significado da vida. E, nessa altura, havia uma... o suicídio era considerado uma saída fácil. Além do mais, a vida era má, não é? A vida era dura naquela altura. Uma pessoa tem que pensar... Os gajos comiam mal, sofriam como o caraças, dormiam numas camas duras, era tudo assim. Ou uma pessoa estava muito acima na sociedade ou aquilo era muita mau! De modo que o valor da vida... o valor intrínseco da vida era baixo. O que levava a que o suicídio fosse uma... uma alternativa muito apelativa. Na altura, aliás... Como sabe, o suicídio era mais frequente em classes mais desfavorecidas economicamente.

**E: Sim, mas transpondo o seu raciocínio para o momento presente, eu queria fazer-lhe uma pergunta. Gostava que me dissesse, dos pedidos de eutanásia que recebeu, qual foi aquele que foi mais significativo para si?**

M: O primeiro.

**E: O primeiro que recebeu?**

M: Sim. Ah... Não sei... Não sei...

**E: O pedido de eutanásia mais significativo para si. Vou dizer de maneira diferente: ou o mais difícil para si. Aquele sobre o qual tem mais elementos informativos.**

M: Não sei...

**E: E sobre o qual mais pensou?**

M: Não sei... Não, penso sobre todos. Não sei... Talvez o primeiro. Tive um pedido há mais tempo, aí há uns [—] [< 10] anos, de uma criança que também foi complicado.

**E: De uma criança?**

M: De uma adolescente.

**E: De que idade?**

M: [—] [< 15] anos.

**E: E ela tinha a noção do que lhe estava a pedir?**

M: Oh oh! Oh se tinha! Oh se tinha! (*risos*) Oh se tinha...

**E: Tinha? Clara?**

M: Completa e absoluta! Completa e absoluta! Sabia exatamente o que é que estava a dizer. Tinha mais, não tinha [—]... tinha, para aí, [—] [< 15].

(*interrupção presencial*)

**E: Qual foi o pedido de eutanásia mais significativo para si?**

M: Não sei, talvez... Esse foi complicado. Não sei se o primeiro, se esse... Talvez entre esses dois, não sei.

**E: Qual é o pedido de eutanásia sobre o qual tem mais elementos de memória?**

M: Aquele sobre o qual tenho mais elementos de memória é o último. Quer dizer é aquele de que me lembro melhor, não é?

**E: Mas foi marcante para si? Não foi?**

M: Foi, foi! Aquele de que eu tenho mais elementos de memória é o último caso. Estou a ficar velho... Que ainda me lembro do número da doente!

**E: Mas é um caso sobre o qual pensou, sobre o qual refletiu, sobre o qual...?**

M: Qualquer caso destes nos questiona muito! Ouça, eu não sou irresponsável... Quer dizer, estes não são casos vulgares, não é? Eu, na minha vida de clínico, não sei... No total... Excluindo os casos por antecipação, que esses são mais... e esses são mais... e esses... Há algum grau de... E esses, às vezes, também são os próprios doentes a testar-nos e a perceberem qual é o tipo de relação que vão ter connosco e o que é que estão à espera da nossa parte. Portanto, esses... Descontando esses, só pensando nos casos de entendimento imediato, na minha carreira toda devo ter para aí 10/12 casos. Não tenho mais! Não, não tenho mais... Não. Para aí 10 tenho.

**E: Eu preciso de falar consigo agora só sobre um caso específico.**

M: Talvez o primeiro seja o... Talvez o primeiro seja o caso que me atormentou mais, também porque foi o primeiro, foi... Tinha menos... menos bagagem, menos estofo na altura.

**E: Tem muitos elementos de que se lembre sobre esse primeiro pedido de eutanásia?**

M: Completamente!

**E: Tem?**

M: Tenho!

**E: E foi, para si, o pedido de eutanásia mais significativo, o mais difícil?**

M: Não. Acho que são todos muito difíceis!

**E: Do ponto de vista pessoal, da forma como...?**

M: Não. São todos muito difíceis! Não acho que se possa dizer ou tratar assim. Depois depende da situação psicológica que nós temos na altura.

**E: Então selecione o pedido de eutanásia sobre o qual tem mais elementos de memória.**

M: Pode ser o primeiro. Pode ser o primeiro.

**E: Queria que me indicasse qual era a idade do doente.**

M: Para aí [—] [< 30] anos de idade.

**E: Ele tinha que escolaridade? Tinha acabado o ensino secundário...?**

M: Não. Era... trabalhava, portanto... Era um trabalhador indiferenciado.

**E: Provavelmente nem o 9º ano tinha concluído.**

M: Provavelmente nem o 9º ano tinha concluído, sim.

**E: E qual era o estado civil? Era solteiro?**

M: Era solteiro.

**E: Quem é que cuidava dele?**

M: A mãe.

**E: Ele estava aqui internado?**

M: Estava aqui internado, sim.

**E: Qual era o diagnóstico?**

M: Doença de Hodgkin.

**E: E o prognóstico era qual?**

M: Na altura? Terminal.

**E: Logo?**

M: Não, não, não, não! Ele foi tratado por nós durante para aí 2 anos ou 3 anos. Portanto, isto foi uma progressão. Ao fim de 2/3 anos... Portanto... E, quando isto aconteceu, desde que ele começou a falar disto até ele morrer, para aí, 2 semanas.

**E: E ele morreu de quê?**

M: Insuficiência respiratória.

**E: Agora queria que me dissesse como é que ele iniciou conversações consigo sobre...**

M: Diretamente!

**E: De que é que falaram? De que assunto é que falaram?**

M: Que ele não aguentava mais aquilo! O problema dele era a dispneia.

**E: Recorda-se do desabafo?**

M: Sim: quero morrer!; quero morrer, resolva isto!; faça qualquer coisa, eu não aguento mais isto!; estou farto deste sofrimento, não consigo respirar! Disse logo. Não falou de mais nada. Ele arfava o tempo todo. Estamos a falar de um rapaz que esteve 3 ou 4 semanas com uma frequência respiratória superior a 50. Era um touro, por isso é que ele aguentou, se não tinha morrido mais cedo. Ele era um rapaz com muito boa preparação física.

**E: O que é que discutiram desde o início das conversações até à formulação de um pedido?**

M: Não há muito para conversar... Nesse caso não houve muito para conversar, porque o único problema dele era os sintomas que sentia. Portanto, não havia...

**E: E no caso desta última doente de que falámos...**

M: Não, aí não!

**E: Conversaram?**

M: Sim, sim! Aí...

**E: Exploraram bastante esta questão da antecipação da morte?**

M: Sim! Aí conversámos porque é que ela...

**E: Foi no caso dela que exploraram mais? Ou foi no caso dele?**

M: Não. No caso dela explorámos mais a questão. Porque ela podia falar! Ou seja, ele dificilmente falava.

**E: Vamos abordar o caso dela em particular, porque tem mais elementos. Ela tinha, mais ou menos, que idade?**

M: [—] [> 40] anos de idade.

**E: Escolaridade dela e estado civil.**

M: Ela era divorciada e era empregada comercial.

**E: E ela tinha licenciatura? Não tinha?**

M: Não, ela tinha o ensino secundário.

**E: E quem é que cuidava dela?**

M: Estava internada.

**E: Sim, mas ela tinha alguém em casa que lhe desse apoio? A irmã?**

M: A mãe.

**E: A mãe. Qual era o diagnóstico dela?**

M: Mieloma múltiplo.

**E: E o prognóstico?**

M: Quando?

**E: O prognóstico inicial e a partir do momento em que ela fez o pedido de eutanásia.**

M: Quando ela fez o pedido tinha... estava... Tinha uma perspetiva de vida de... inferior a 1 mês.

**E: Na altura do pedido? Ou na altura do...?**

M: Na altura do pedido. Do diagnóstico, não. O diagnóstico tinha, para aí, 5 ou 6 anos.

**E: Como é que ela iniciou as conversações consigo sobre...?**

M: Diretamente! Disse-me que... Com muita calma, mas dizendo que já tinha encerrado todos os assuntos da sua vida e que agora queria morrer. Tinha conseguido resolver todos os problemas que tinha pendentes e queria a minha ajuda para... para morrer mais depressa.

**E: E foi de uma forma muito...**

M: Muito direta. Não foi bem assim... (*silêncio*) Inicialmente ela teve conversas com a psicóloga e não falou comigo sobre o assunto. Com a psicóloga que fazia o atendimento. A psicóloga falou comigo sobre isso.

**E: Antes de ela falar?**

M: Antes de ela falar. E eu... Nós temos uma equipa que trabalha relativamente bem em colaboração e discutimos os doentes regularmente. E eu fui várias vezes ao pé dela para lhe dar oportunidade de ela falar o que quisesse. Ou seja, dispus-me! Fui lá perguntar se ela queria falar alguma coisa comigo, se... sempre numa de... de grande abertura para ver se ela queria desabafar alguma coisa comigo. E, nos primeiros dois dias, disse-me que não, que não tinha nada para falar comigo, que estava tudo resolvido na cabeça dela e que estava tudo calmo. Não, tudo bem, que mantinha-se o nosso plano. Primeiro dia, segundo dia e, ao terceiro dia, quando fui lá, aí abriu-se comigo e disse-me que queria a minha ajuda para antecipar a morte. Como ela não era uma doente minha previamente, eu até penso que isso terá sido para ela um bocadinho um obstáculo para me dizer exatamente o que é que queria.

**E: Mas ela também não era doente da psicóloga, por essa ordem de ideias.**

M: Era, era!

**E: Ah, já era?**

M: Sim. Era doente de um colega meu. Portanto, ou seja, era doente da mesma unidade. Nós trabalhamos muito juntos, mas temos doentes individuais, não é? Portanto, e como ela não era uma doente minha individualmente... Ou seja, havia...

**E: Ah, mas ela já conhecia a psicóloga.**

M: Sim, sim.

**E: Ah, então isso faz sentido.**

M: Portanto, ela começou a conversar com a psicóloga em relação ao assunto. E, depois, eu acho que ela percebeu um bocadinho... por estabelecer alguma... mais relação comigo e perceber que eu não iria... Porque, no fundo, os doentes quando falam nisto o primeiro medo que têm é de ser maltratados pelos médicos! Porque há médicos que respondem perante isto de formas muito agressivas! Quase chamando bestas aos doentes, porque eles não são assassinos, não estão ali para os matar!

**E: Sim, ofendidos.**

M: Sim, ofendidos. Exatamente! E portanto...

**E: E depois há a retaliação. Há o medo da retaliação.**

M: Eventualmente. Há sempre medo de retaliação, porque uma relação médico-doente é uma relação de poder. Do médico, sempre... sempre...! A gestão desse poder tem que ser feita de uma maneira muito, muito cuidadosa... para não ser... É sempre uma relação de poder! É sempre uma relação de poder! E o poder está sempre do lado do médico!

**E: Está, não está?**

M: Sempre! Mesmo quando é uma relação comercial e o doente paga. É irrelevante! Não é irrelevante, dá mais poder ao doente. O doente paga!

**E: Mas não equivale...**

M: Não, não equivale.

**E: Isso é uma ilusão.**

M: Não é uma ilusão. É alguma transferência de poderes. E há de ver que a relação é diferente. A relação é diferente!

**E: É, porque torna as coisas mais... Não sendo igualitária, nivela mais a relação pelo mesmo patamar.**

M: Sim, é verdade... Porque o médico baixa-se mais e o doente levanta-se mais. (risos) Mas, independentemente disso, obviamente que é uma relação de poder e há pessoas que o exercem de uma forma bastante despótica. Nós já temos um poder muito grande, que é o poder do conhecimento. Além de termos do poder da prescrição. Além da informação, ainda temos o poder da prescrição. E de modo que devemos partilhar parte deste poder na

relação, mas as pessoas têm medo! Particularmente quando não conhecem o outro lado ou não conhecem tão bem ou se sentem eventualmente... Estamos a falar de uma conversa muito complicada de ter, muito delicada! Não é fácil iniciar esta conversa para um doente, de certeza!

**E: Pois não. Não só está a partilhar aquilo que sente como também...**

M: Está-se a expor! Está-se a expor, está a solicitar uma coisa que não sabe como é que vai ser recebida do outro lado. E... e eu acho que esse é um dos motivos das conversas à priori. É saberem se, depois, eventualmente poderão conversar sobre o assunto. Porque é uma altura em que tudo...

**E: É um teste?**

M: É um teste! Mas é uma altura em que as coisas são todas muito anódinas, muito inocentes.

**E: Pensando só na doente em particular... Como é a doente lhe formulou o pedido de eutanásia?**

M: Disse que precisava da minha ajuda para morrer. E que... foi só isso.

**E: Mas o precisar da sua ajuda... Foi assim que ela formulou o pedido?**

M: Sim.

**E: Isto foi à terceira vez que o Doutor se mostrou disponível.**

M: Mas foi a primeira vez que falámos no assunto... Quando falou, falou! Disse o que queria: quero morrer!; não quero ir para casa, não quero voltar a casa!; quero morrer, venho para o hospital! Parte tem a ver com a proteção do filho, ou seja, não queria que o filho... Não queria morrer ao pé do filho. Não queria morrer em casa.

**E: Engraçado, porque a maioria das pessoas pensa que os doentes querem morrer em casa. Mas há doentes que não querem.**

M: Há doentes que não querem morrer em casa, sim. Varia. É variável. E há famílias que querem que os doentes morram em casa e há famílias que não querem que os doentes morram em casa. Pronto... E há doentes que podem morrer em casa e doentes que não podem morrer em casa.

**E: Sim, mas estou a falar só no caso particular dela.**

M: Tudo isto... No caso dela, especificamente, ela não queria morrer em casa. E não queria morrer em casa, porque os apoios que ela tinha também não eram muitos. E tinha... A mãe já era um bocado velhota... Tudo isto, ela achava que iria ser um encargo muito grande. Não queria morrer ao pé do filho, nitidamente.

**E: Não?**

M: Não...! Do filho já se tinha despedido, já estava o assunto resolvido... encerrado na cabeça dela. De modo que... É um tipo de caso em que nós não temos muito a dizer, porque eu não tenho... Conversámos sobre o assunto. Estamos a falar de uma pessoa que era acompanhada pela psicóloga, pela psiquiatra, que fazia medicação, que fazia



antidepressivos, que fazia ansiolíticos. Estava adequadamente acompanhada e adequadamente medicada. Mas o problema dela não era estar deprimida! Ela não estava deprimida! As pessoas, depois... Ela tinha a tristeza natural de quem... de quem tinha desistido da vida. Mas ela não desistiu por desistir. Ela desistiu, porque achou que iria morrer a curto prazo. Quer dizer, não... não foi a pessoa dizer: ah e tal, estou farta disto, não vou aguentar mais. Não, não é isto!

*(interrupção telefônica)*

**E: Mas, retomando a nossa conversa, estava a falar que não se podia dizer que este pedido de eutanásia fosse resultado de uma...**

M: Da depressão. Ela não estava deprimida, essencialmente. Ou se estava deprimida, tinha uma depressão controlada. Não... Não era uma doente que tinha evidentes sintomas de depressão. Não havia.

**E: Eu isso que eu lhe queria perguntar: se ao longo do tempo... Porque me referiu que ela foi sempre mencionando a questão da antecipação da morte até ao fim, várias vezes, com a equipa...**

M: Não, depois acabou por morrer. Morreu. Parámos. Decidimos o que é que queríamos fazer, o que é que não queríamos fazer e...

**E: Decidimos... Quando disse que retirou aquela medicação que era possível retirar.**  
M: Sim.

**E: Foi a partir daí?**

M: Exatamente. Não e aí parou a conversa, quer dizer... A conversa ficou tida. Já estava tida, estava tida! A conversa foi tida comigo, depois foi tida com a médica dela quando voltou. Acabou por falar com ela e falou com outra colega minha. Portanto, falou com os [—] e... e foi... Mas foi uma conversa muito pacífica e na base de: já falei com... E eu expliquei-lhe o que é que podia fazer, até onde é que podia ir e tal... E isto foi sem... com uma evidente... Isto nunca é uma conversa de café, não é?

**E: Entre os [—] colegas, como é que o pedido de eutanásia foi gerido?**

M: Conversado diretamente! Acabou... Isso, para nós, é: a tua doente veio falar comigo, explicou-me, disse-me tal e não sei quê... O que é que fiz, o que é que não fiz. Foi assim.

**E: Recorda-se se o pedido de eutanásia foi sendo explícito e persistente ao longo do tempo? Ou, depois daquela conversa com cada um dos [—] colegas...**

M: Não voltou... Não voltou a falar sobre o assunto.

**E: E consegue perceber porquê?**

M: Porque ficou arrumado! Ou seja, ficou decidido o que é que nós podíamos fazer, o que é que nós não podíamos fazer. A nossa relação era muito boa! E ela entendeu quais é que eram os meus limites. E sabia que eu dali não saía! Quer dizer... Portanto, não... O que eu podia fazer era aquilo. O que eu não podia fazer era mais que aquilo. E foi bem aceite por ela! Ou seja, não foi uma...

**E: Uma questão revoltante.**

M: Não.

**E: Quais eram as razões... Para mim, pareceram-me ser razões de ordem prática: eu já resolvi a minha vida! Mas que razões é que lhe pareceram, no seu entender, estar por detrás daquele pedido para praticar a eutanásia?**

M: Queria morrer! Queria morrer! Estava farta! Estava farta... Resolveu tudo aquilo que... Ela não sabia quando é que ia morrer, não é? E tinha uma meta! E a meta dela... O objetivo era viver até conseguir resolver as questões. A partir do momento em que resolveu as questões, estão resolvidas. Pronto, ok! Está o assunto resolvido! Porque as questões... Estamos a falar das despedidas! Não estamos a falar de... Essencialmente, ela despediu-se. Ela despediu-se do filho, despediu-se dos amigos, organizou um jantar em casa... Quer dizer...

**E: Ah preparou, digamos assim.**

M: Sim, preparou a sua saída da vida. Sim! Exatamente!

**E: O problema é que a morte não correspondeu ao momento da despedida.**

M: Sim.

**E: Houve aí um desfasamento, ainda.**

M: Sim.

**E: E ela explicou porque é que tinha feito este ritual todo antes de vir para aqui, no fundo, à espera de morrer?**

M: Isto foi sendo conversado, não foi uma... um... Como lhe disse, a conversa comigo ocorreu só à terceira tentativa de conversa comigo para eu tentar perceber o que é que ela queria. Mas...

**E: Porque é que ia repetidamente ao quarto?**

M: Vou sempre!

**E: Não, não... Mas à espera de...**

M: Porque sabia. Porque a psicóloga me tinha dito que ela queria falar comigo. Que ela queria falar comigo... Porque ela aquilo que dizia à psicóloga não era só que... não era só que queria morrer, era que me queria pedir isso!

**E: Mas ainda não tinha tido coragem de falar consigo. É isso?**

M: Isso é uma interpretação. Ela nunca me disse isso, não é? A psicóloga, a primeira vez que falou comigo, estava à espera que ela já tivesse falado comigo.

**E: Ah, que já tivesse havido essa conversa também.**

M: Sim. E depois percebeu que não. Que ela tinha ali qualquer coisa, que não se tinha sentido à vontade naquele dia... Pronto, nesta base...

**E: Mas aquele assunto estava a ser congeminado...**

M: E foi importante, para ela, falar!

**E: Foi?**

M: Foi! Ela, no final, achou que conseguiu resolver alguma coisa, porque se decidiu... Porque ficou decidido com ela, claramente, que não havia manobras de reanimação, que ela nunca passaria para uma Unidade de Cuidados Intensivos, que se parasse a gente não... Ok? Portanto... Ficou claro que nós não iríamos fazer nada disso. E que tudo aquilo que estávamos a fazer... Isso eu acho que foi mais uma noção de precariedade... Porque eu, mesmo quando decidi isso, achei que tinha mais coisas para parar do que aquelas que tinha... Que tudo aquilo que estávamos a fazer, que eram medidas ativas, íamos parar! E íamos só manter medidas de conforto. Mas isto foi decidido com ela!

**E: E acha que isso, de certa forma, anulou para ela própria o pedido de eutanásia? Ou o que anulou o seu pedido foi o fato de não ser possível dar-lhe seguimento?**

M: O que anulou o pedido foi o fato de não ser possível! Isto, para ela... Não era isso que ela queria! E ela disse-me que não era isso que ela queria!

**E: Isso era a alternativa viável.**

M: Sim.

**E: Mas o que é que, no seu entender, a motivava para querer morrer?**

M: Ela morreu! Ela morreu, mas estava viva! É esta, a... a divergência. Ela acha que já morreu. Já se despediu e tal... Adeus, vou-me embora! Não tenho esperança. Morreu a esperança. Quebrou a vida de relação. Despediu-se das pessoas. Agora estou à espera... Esperar pela morte é uma coisa horrível.

**E: Sobretudo quando já se decidiu...**

M: Quando já se compreendeu que se vai morrer. Pronto, está tudo... Que não vai haver mais nada! A única coisa que estamos a ver é o relógio a passar as horas. É horrível! Agora, não se pode dizer que isto é um tédio. Ou seja, ela não quer morrer por tédio.

**E: Não acha isto puramente racional?**

M: Não, isto é profunda desesperança. Se é racional? Tem uma componente racional, obviamente, muito importante, que é o querer morrer! Ou seja, ela... Não é um impulso! Não é, obviamente, um impulso! E, desse ponto de vista, é racional. É... Tem um lado... Tem um lado... Não acho é que seja de tédio. Ou seja, é...

**E: Racional?**

M: Racional, acho que sim. Acho que é profundamente racional.

**E: Já me disse que vocês responderam até onde é que podiam ir e até onde é que não podiam ir.**

M: Sim.

**E: Mas adotaram alguma estratégia comum para abordar este pedido de eutanásia? Foram abordando cada um individualmente?**

M: Sim. Na prática adotámos, de fato, porque isto é uma questão que nós já discutimos várias vezes. E temos um... Temos todos a mesma opinião. Ou seja...

**E: Já discutiram várias vezes?**

M: Sim.

**E: Isso significa que houve mais do que um pedido.**

M: Houve mais do que 1 pedido. E, essencialmente, quando os houve, nós discutimo-los. E discutimo-los envolvendo a equipe toda. Tentamos envolver a equipe de enfermagem, os psicólogos, a assistente social, etc.

**E: Portanto, a vossa abordagem de acolhimento de um pedido desta natureza, ou pelo menos a sua individual, qual é que costuma ser? De abordagem e de resposta aos pedidos de eutanásia!**

M: Primeiro, tentar perceber o que é que está na base de... Ou seja, se há alguma coisa que eu possa resolver. Depois tentar explicar-lhes...

**E: Neste caso, você sabia o que era.**

M: Perfeitamente! E estava à espera dele! Estava à espera dele, portanto não... Este é um pedido que eu estou à espera. Obviamente, num caso destes, eu preparo-me mais. É mais fácil! É mais fácil para mim, não é? Porque já estou preparado, porque sei... sei onde é que me vou... em que águas é que vou pisar, tento arranjar um espaço adequado para a conversa ser feita, com o maior conforto possível para a pessoa... para a pessoa se sentir com a maior discrição possível, com maior intimidade. Estas coisas não são para ser abordadas numa enfermaria com... e com pessoas à volta. Gostamos que haja... que isto seja feito na forma própria, inclusive por tudo... tudo o que pode vir a seguir em termos de discussão, tudo o que podemos vir a conversar a seguir.

**E: Isso foi feito neste caso?**

M: Sim, sim! Completamente! A senhora quis falar sobre o assunto. Eu levei-a para uma sala, onde a senhora esteve sentada comigo. Só estávamos os dois, não estava mais ninguém. Podia falar à vontade. Temos tempo... É necessário tempo. É necessário atmosfera. E eu estar ali para ouvir.

**E: Estar disponível.**

M: Sim. É a questão mais importante. E depois... Há coisas importantes perante este tipo de pedidos. E, se calhar, o mais importante é saber que o médico está ali. E vamos estar ali quando ele morrer! Não o vamos largar! E vamos tratá-lo e vamos estar ao pé dele e... Vamos dar-lhe a mão, se for preciso! Ok? E vamos tentar que tudo aconteça de acordo com as vontades dele. E que esteja a família ou que não esteja a família! Está a perceber? É... É como a pessoa quiser! E controlar-lhe os sintomas e não fazer aquilo que não foi combinado. E... O que for preciso! Fomentamos as despedidas.

**E: Que ela já tinha feito.**

M: No caso dela já estava tudo feito.

**E: Ela antecipou-se!**

M: Sim. Ela é um caso um bocadinho diferente, porque... Houve casos em que o que é importante é nós resolvermos aquilo que as pessoas... que ela já tinha resolvido! Ajudar as pessoas a resolver... para as pessoas estarem em paz! Há coisas económicas a resolver, há um empréstimo para resolver, há a própria apólice do seguro para fazer. Merdas dessas que são banais, mas que são essenciais! Que as pessoas se despeçam. Que digam aquilo que têm a dizer agora. Também fazemos o mesmo com os familiares: digam agora o que têm a dizer...

**E: Mas, no caso dela, nada disto se aplicava. Portanto, como é que foi gerido?**

M: Não. Estava tudo feito! Para mim... O que me coloca menos... Eu tenho menos armas, digamos assim. Tenho menos instrumentos. Porque grande parte disto são instrumentos de fuga da minha parte. Não é?

**E: Pois é... para ir adiando ou anulando a vontade de morrer.**

M: Para disfarçar a coisa! Agora, no caso dela, aquilo que eu pude fazer foi aquilo que lhe disse que fiz: expliquei-lhe o que é que a gente ia parar, o que é que a gente não fazia. A primazia de controle dos sintomas e tal, não sei quê... Mas espere lá, minha amiga: eu, o resto não o posso fazer, porque se não vou preso! A lei o que diz é que eu não o posso fazer, de modo que eu cumprio a lei! E a questão, para mim, rege-se muito a sério pela lei e acho que a devo cumprir, porque é uma coisa... Não é dizer assim: ah, então é uma cobardia da sua parte!; você acha que devia fazer, fazia!; depois assumia as responsabilidades! Não! Eu acho que eu devo cumprir a lei! Porque a lei é um contrato que eu estabeleci com a sociedade. Só por causa disso! Aqui há uns anos houve um caso dramático em França de um camionista tinha tido um acidente... tinha sido atingido por uma camioneta de transporte de mercadorias. E um dos indivíduos ficou preso dentro da camioneta. E a camioneta tomou fogo e pediu ao outro para lhe dar com uma chave inglesa na cabeça.

**E: Sim, para acabar mais rapidamente com o sofrimento.**

M: Exatamente! E o outro deu-lhe! E ele morreu! E depois foi queimado. E o outro indivíduo depois foi julgado por assassinio. Porque ele contou a história toda. Bem, isto é uma coisa que ele podia não ter contado, porque nunca ninguém iria reparar. Quer dizer, com o corpo todo queimado... só no CSI, na televisão, é que... é que vão ver essas coisas. Ali, depois de um acidente de automóvel, se tem um traumatismo craniano ou não tem... Ninguém iria conseguir detetar. Bom... Mas ele contou a história e foi... e foi a tribunal por homicídio e foi acusado de homicídio e foi condenado! Isto chama-se, teoricamente, um termo inglês que é o mercy killing: a morte por compaixão ou a morte misericordiosa.

**E: É o que está no nosso código penal também, o homicídio por compaixão e o homicídio a pedido da vítima.**

M: Exatamente! E que, aliás, tem uma despenalização... não é uma despenalização, porque tem uma penalização mais leve... mais leve. Pronto, por causa disto e tal... não sei quê. Aliás, mesmo na Idade Média, havia uma coisa que era o punhal de misericórdia em

que as pessoas, durante a guerra, tinham um punhalzinho para matar o outro gajo para o gajo não ficar a sofrer. Certo? A que chamavam o punhal de misericórdia! Ok? E chamava-se mesmo uma misericórdia... aqueles punhais chamavam-se uma misericórdia.

**E: É simbólico, não é?**

M: É completamente simbólico! Esta atitude perante a morte e perante a vida, e da disponibilidade ou indisponibilidade, que é uma coisa em discussão... velhíssima e antiquíssima..., vem do tempo dos gregos, porque havia uns a favor e outros contra. E nos romanos e na Idade Média e tal. Sempre houve gente a favor e gente contra. Recomendando-lhe que leia a Utopia...

**E: Sim, do Thomas More.**

M: Sim. A descrição é fabulosa! Mas já na Utopia, e isto tem muita herança... Na Utopia, ele é muito claro que qualquer médico que matasse um doente sem ser a pedido dele era... cabeça fora! Cabeça fora, ok? Portanto, isto tinha que ser a pedido do doente e tal, não sei quê, não sei que mais... uma série de preceitos. Aliás, era o médico que propunha, curiosamente, na Utopia. Nem era a pedido! Era o médico que, quando achava que não sei quê, propunha e o doente aceitava. Se o doente não aceitasse, os melhores cuidados possíveis e não sei quê... Tem graça ler aquele livro, particularmente ler aquilo na época em que foi escrito e... ainda por cima aquele... o grande herói é um português. Portanto, o indivíduo que vai para a ilha da Utopia é um... é um português. E o texto está, de fato, maravilhosamente bem escrito. Mas esta atitude em relação à... à disponibilidade e à indisponibilidade tem colocado discussões imensas e tremendas. E não é fácil! E não é rigorosamente fácil! Toda a gente tem medo do slippery slope, coisa que eu entendo. Entendo perfeitamente! E perceber onde é que vamos e até onde é que vamos e quais são as consequências de tudo isto. E as consequências morais!

**E: Sim, a mensagem que nós passamos da Medicina para a Sociedade.**

M: Exatamente! Mas há uma coisa que eu entendo: é que a ser feito, devia ser feito por médicos. Ou seja, não... O que, para mim, me custa às vezes entender... Eu percebo que as pessoas sejam contra, completamente. Isso é uma... Entendo. É uma... É normal. Eu também não tenho tantas certezas assim. Agora, custa-me é quando dizem: ah, isto pode ser feito... se a sociedade legalizar, que nunca sejam os médicos responsáveis por isso.

**E: Isso é uma hipocrisia, não é?**

M: Isso é uma grande hipocrisia, sim. Não é só uma hipocrisia! Não é só... É que eu acho que a minha... As minhas funções com o meu doente vão até ao final da vida. Vão até ao depois do final da vida, até!

**E: Na parte do luto?**

M: Ou da autopsia!

**E: Está a falar da questão do abandono?**

M: Também! O abandono é um problema muito complicado. Aliás, quando o Francis Bacon defende a morte suave, a grande questão, eventualmente, que ele estava a defender era o não-abandono. Mais... O mais importante que lá está não é a eutanásia, que ele

eventualmente defende de uma maneira relativamente objetiva, mas podemos interpretar dessa maneira. O mais importante que ele lá está a defender é que o doente... o médico deve estar com o doente até ao fim. Essa é a parte mais importante! E isso é, para mim, o mais importante disto tudo.

**E: E é por isso que a ser...**

M: A ser, sou eu! E há de me custar horrores.

**E: Acha?**

M: Ai acho! Mesmo quando achar, racionalmente, que deve ser feito, vai-me custar horrores.

**E: E se calhar nunca lhe vai custar nada, porque nunca será legal.**

M: Eventualmente... Não acredito!

**E: Porquê? Acha que vais ser mais rápido do que...?**

M: 10 anos!

**E: Acha? Em termos de...**

M: De Portugal, 10 anos!

**E: Não sei...**

M: Isso é por avalanche.

**E: Diga-me só uma coisa em relação àquela doente. Já me disse que teve que rejeitar o pedido de eutanásia, por via do enquadramento legal existente em Portugal e por via de também não aceitar quebrar o contrato que estabeleceu com a sociedade. Mas elencaria estes dois aspetos como sendo os principais fundamentos para tal rejeição?**

M: Sim, são os únicos! São os únicos!

**E: O enquadramento legal e deontológico?**

M: Não, o único mesmo é o contrato social.

**E: O respeito pela lei.**

M: Não. O respeito pela sociedade! É mais do que o respeito pela lei. O respeito pela sociedade! É uma coisa um bocadinho maior... muito mais vasta.

**E: Não gostaria de desenvolver isso?**

M: Pode haver leis que eu desrespeite e já desrespeitei várias. Portanto, leis são códigos. Ok? Pronto... E, eventualmente, até podem ser errados ou iníquos ou moralmente indefensáveis ou... whatever. E já houve várias vezes em que eu desrespeitei a lei, porque achei que moralmente... umas vezes por... Eu já desrespeitei a lei por diversos motivos, desde por ignorância, por imprudência, às vezes... ok, por erro. Mas, essencialmente, quando desrespeitei a lei voluntariamente na maior parte das vezes foi por achar que tinha um imperativo maior para a desrespeitar. E, neste caso, a grande questão não é a questão da lei. A grande questão é a questão mesmo da sociedade. Eu tenho um contrato com a

sociedade! A sociedade espera uma determinada coisa de mim. E isso para... Ou seja, é uma lei... não é apenas uma lei, é uma lei que está imbuída na sociedade e que a sociedade ainda não a decidiu mudar. Não tenho eu o direito de mudar as regras desta sociedade sozinho. A questão é tão simples quanto esta! Não estamos a falar de uma... de um pequeno preceito ou... Não, é um grande preceito. E uma grande questão moral. É uma grande questão do século XX e do século XXI. Portanto, onde eu acho que não tenho o direito, pelo poder que tenho por ser médico, de me antecipar ou de me sobrepor àquilo que a sociedade escolheu. Tem só a ver com isto, ok? Porque, se não, nessa altura estou a realizar de uma forma não regulada e despótica o meu poder. Porque estamos a falar do meu poder como médico. Ok? Não é eu, como indivíduo. Vamos pôr a questão de outra maneira. Se eu estivesse no lugar do outro camionista, eu dava-lhe com a chave inglesa na cabeça, ok? E assumia as responsabilidades disso. A diferença é que eu, aí, estou a falar de um caso em que eu não estou imbuído no caráter da minha profissão. É como amigo da outra pessoa.

**E: Está a querer dizer-me que esse não é o seu papel enquanto médico.**

M: Não é.

**E: E qual é a mensagem que a sociedade espera de um médico?**

M: É que ele não viole a lei, espero eu. Não é? Se não, a sociedade não está bem. Não é? O que é que a pessoa, individualmente, espera? Eu não sei. A sociedade em si espera que uma pessoa cumpra a lei. Não está à espera que os médicos não cumpram a lei. Ou, se achar isso, como se achou na Holanda durante algum tempo, despenalizam a lei legalmente. Quer dizer, a lei existe mas agora deixou de ser penalizada. Ok?

**E: Sim, antes da lei de fato.**

M: Antes de haver uma lei de fato autorizada, despenalizam a lei. Isso é uma capacidade que têm os representantes da sociedade, que são os políticos que estão no Parlamento. É para isso que eles lá estão. É para representar a sociedade, para mudar as leis de acordo com aquilo que a sociedade acha.

**E: Sim, portanto é sobretudo uma questão de quebrar o contrato social.**

M: É. É isso mesmo.

**E: Quem é que participou no processo decisório em relação à resposta que foi dada à doente que fez o pedido de eutanásia.**

M: Foi individual. Foi comigo. A doente estava a meu cargo na altura. Fui eu que decidi.

**E: Mas depois foi partilhado, esse pedido.**

M: Foi.

**E: Disse-me que foi falado entre os [—] médicos, com a equipa de enfermagem...**

M: Sim, foi discutido. Nós temos reuniões periódicas onde discutimos estes casos.

**E: Quem é que intervém nessas reuniões?**

M: Toda a gente que quiser. Quem está.

**E: No caso desta doente em concreto, quem é que falou?**

M: Não faço ideia... Quem é que falou? Falaram os médicos de certeza, falou uma enfermeira de certeza, a chefe, falou a psicóloga... a assistente social não sei, não me lembro.

**E: Faria alguma coisa de diferente se pudesse tomar uma decisão novamente em relação a esta doente?**

M: Acho que procedi adequadamente.

**E: Quais foram as suas principais inquietações e preocupações ao cuidar dela?**

M: Coitada...! Queria morrer, não conseguia. E eu não podia fazer nada para a ajudar. Foram estas as minhas preocupações. Porque o resto, resolvi. Ou seja, o controle de sintomas estava resolvido.

**E: Sentiu aí que era um problema estritamente de lei, de cumprimento da lei?**

M: Também! Senti-me impotente perante o desejo da doente.

**E: Que compreendeu... não compreendeu...?**

M: Compreendi completamente! Senti empatia com o desejo dela, sim. Completamente! Achei que a mulher estava... estava um caco, coitada.

**E: Como é que se sentiu durante todo este processo em que o pedido de eutanásia foi sendo efetuado?**

M: Impotente.

**E: Sentiu que isso o afetou emocionalmente, esse pedido?**

M: Claro que afetou emocionalmente. Afetou emocionalmente, sim.

**E: Em que sentido? Ou porque é que afeta? De que maneira é que afeta?**

M: Por compaixão! É o termo: sofrer com... Compaixão, no verdadeiro sentido do termo.

**E: Porque conseguiu entender a razoabilidade daquele pedido?**

M: Sim, consegui compreender completamente a natureza do pedido. Não é que me sentisse muito... Ou seja, não me vejo muito no lugar dela, se quer... se... se põe a questão nesses termos, não me vejo.

**E: Não, eu quero saber qual é que foi a sua reação emocional ao pedido.**

M: Não... não me vejo muito no lugar dela, porque pessoalmente resolvía a questão de outra maneira. É simples!

**E: Qual era a maneira?**

M: Suicidava-me! Quer dizer, isso para mim... isso para mim era completamente banal! Se eu quisesse morrer como ela queria, era completamente... verdadeiramente simples! Entendo que não é fácil. Porque aquilo que ela queria não era suicidar-se. Ela queria era morrer. Não é a mesma coisa! As pessoas, às vezes, confundem uma coisa com a outra.

Não é! Ela queria morrer... As pessoas geralmente... Até há uma corrente que quase que acusa de cobardia as pessoas pedirem a eutanásia. Quer dizer... Queres morrer, mata-te!

**E: E há a corrente contrária, que diz que é um ato de coragem.**

M: E há a contrária, sim. Sim... Porque uma das questões que se põe é se alguém tem o direito de pedir a outra que o mate.

**E: Esse é o ponto nevrálgico, na minha opinião.**

M: Claro... Claro que é esse o ponto! Para os médicos é esse o ponto, porque é aí que... porque esse é o ponto de defesa deles. E, depois, aí põe-se a questão: a quem é que nós temos o direito de pedir isso? A nós próprios? Aos nossos mais próximos? Ao nosso médico? A um profissional da saúde? Podemos discutir a questão... É uma questão interessante. Mas parte da questão está... estará sempre nessa sede. E haverá pessoas que acham que nunca o médico...: eu fui treinado para curar e para tratar e não sei o quê...! E haverá outros médicos que dirão: se for meu doente, espero que mo peça a mim!; que tenha essa hombridade! Mas pronto... (risos) Não sei...

**E: E esse caso em particular fê-lo...**

M: Este caso fez-me pensar bastante, também. E fez-me pensar bastante exatamente pela ausência de sofrimento físico na altura. Porque, para nós, é tudo muito mais simples resumirmos isto a uma pessoa com muitas dores. A gente dá-lhe muitos medicamentos para as dores e deixa de haver o pedido de eutanásia. Não é? É... É a maneira mais simples de... Pronto, ok... Muita morfina, acaba a eutanásia! Isso é uma perfeita idiotice. Muita morfina, eu espero que as pessoas usem! Que, felizmente, em Portugal não há limitações à utilização da morfina. E... Eu, pessoalmente, utilizo bastante. Mas não é aí que reside a verdadeira natureza do problema.

**E: E onde é que é? E, neste caso em concreto, onde é que foi? E porque é que lhe fez pensar?**

M: (silêncio)

**E: Pense alto!**

M: É as pessoas que... que... que morreram previamente. É as pessoas que já morreram e ainda... ainda têm o corpo vivo. Os que já saíram do corpo... É... É quando a vida não faz sentido nenhum. É quando já se resolveu tudo, como era o caso desta senhora. Que é um caso exemplar! Este caso é verdadeiramente um caso exemplar! E dá para... dá para pensar muito! Porque qualquer pessoa que queira... que não aceite a eutanásia, que tenha muita dificuldade em aceitá-la vai dizer logo: não, não, essa mulher estava era inadequadamente medicada ou não lhe deram o acompanhamento adequado ou não lhe deram... não... não teve psicólogos e não teve psiquiatras e não teve antidepressivos e... Tudo mentira! Ou não teve acompanhamento da família... Ou espiritual... Tudo mentira! Teve o acompanhamento todo que quis. Portanto, nós... Há casos assim! Há pessoas que querem mesmo morrer!

**E: São poucas, mas existem.**

M: São poucas! São poucas, são!

**E: Mas perante um pedido desta natureza, como é que se sentiu?**

M: Senti-me impotente, essencialmente! Impotente!

**E: Mas sentiu-se impotente, porquê? Porque gostaria de tê-la ajudado e não podia?**

M: Porque não era capaz de a ajudar.

**E: Mas só do ponto de vista legal ou porque para si...? Há bocadinho disse-me que...**

M: Não era capaz!

**E: Não era moralmente capaz?**

M: Não, não! Não era tecnicamente capaz! Não era tecnicamente capaz! Eu não sei tratar aquilo. Não sei... para uma pessoa daquelas... a gostar de viver... a querer viver. E, por outro lado, não a consigo ajudar a morrer. De modo que: qual é a minha utilidade nesse caso? Entre zero e coisa nenhuma! Não tenho utilidade nenhuma! Sou um inútil! Posso dizer que não, que tive lá e que falei sempre com ela e que fiz o que pude e que lhe dei a medicação e que lhe controlei os sintomas e que...

**E: Mas isso, emocionalmente, interpelou-o?**

M: Sim. Claro!

**E: O que é que, para si, foi a questão mais incómoda?**

M: Incómodo era ela continuar viva. Não é?

**E: Sim, a morte não avançar de tal forma que...**

M: A morte não acontecer! Era isso que era incómodo. Era a angústia dela.

**E: E estamos a falar aqui de uma angústia existencial?**

M: Sim... Com uma paz tremenda!

**E: Isso é desarmante para... para quem assiste.**

M: É...! É...! Com... com uns olhos de perdigueiro, está a ver? A olhar para nós... É assim! Que mais podia...? Sem pedir mais nada... E sempre com um sorriso para mim. E sempre a dizer que estava bem. Todos os dias... Era capaz de dar um sorriso e de... E agradecer eu ir vê-la, etc. Essas coisas todas!

**E: O que não invalidava tudo o resto.**

M: Não! Tudo o resto estava lá presente, sempre! Aquela sombra... Aquela pança de burro, que é aquela nuvem que existe em cima da ilha das Canárias. Em Las Palmas há lá sempre uma nuvem cinzenta enorme que nunca deixa o sol brilhar sobre Las Palmas. E era isso... Uma pessoa entrava no quarto e estava ali aquela... aquela opressão.

**E: Mesmo que não fosse falado, estava subjacente no inconsciente.**

M: Sempre... Aquele ambiente de... de estamos a velar o vivo. E com a própria... Era ela a velar-se a si própria! É isto. Porque é que no fundo... O que é que eu ia lá fazer todos os dias? A plantação já tinha morrido, não é? (*silêncio*)

**E: Sim... Você apercebeu-se disso enquanto estava a viver a situação?**

M: Completamente! Completamente! Na altura! Não... não acontece nada... As análises não pioram nada... Nada... Nada acontece... À Espera de Godot, ali, assim...

**E: Com quem é que partilhou esta experiência? Se partilhou este pedido com alguém... Se não o partilhou com ninguém... Partilhar no sentido de desabafar sobre este caso.**

M: É assim: em casa, habitualmente, não partilhamos estas coisas. Não gostamos de falar sobre... Às vezes falamos alguma coisa.

**E: E neste caso em concreto? Falaram sobre este assunto?**

M: Sim, falámos lá em casa. Sim. É habitual, sim. Este, sim! Os casos, quando são mais complicados, falamos lá em casa.

**E: E você falou com a família porque sentiu necessidade de falar...?**

M: [—], portanto... Ok?

**E: Era inevitável!**

M: Pronto, exatamente! De modo que partilhamos essas coisas... (*risos*)

**E: E com colegas, houve partilha deste caso em equipa? Sentiu necessidade de falar?**

M: Não, não, não... É o que é habitual! Ou seja, não é uma... não é por uma questão de impulso. É por uma questão de escola.

**E: Mas sentiu necessidade pessoal de partilhar este caso?**

M: Não... Não... É uma questão de escola. É o âmbito normal... É o que... Se me pergunta assim: este caso foi um caso mais dramático? Epá, estes casos são todos mais dramáticos! São todos muito dramáticos! E, portanto, inclusive para concertar atitudes entre nós é necessário partilhar. E há coisas que é necessário discutir! Pode haver pessoas que concordem! E que digam assim: não, não... tu não estás a ver bem o caso... a gente tem que intervir qualquer coisa, se calhar temos que fazer outra coisa qualquer... olha que a medicação desta... olha que este gajo pode ter uma encefalite... se calhar temos que fazer uma punção lombar para excluir... Ok! Pode haver “n” discussões!

**E: Mas houve aqui uma necessidade emocional de partilha?**

M: Não!

**E: Foi uma necessidade...**

M: Técnica! Porque eu acho que já ultrapassámos essa fase! Hein! Entenda-me bem!

**E: Ah, tem a ver com a maturidade.**

M: Tem a ver com a maturidade... com a maturidade da equipa, exatamente! Ou seja, porque nós já não entendemos estas coisas como uma afronta ou como casos pessoais. Passámos para além disso...

**E: À fase seguinte.**

M: Exatamente! E a fase seguinte é alguma profissionalização na maneira de lidar com este tipo de casos. Não é, com isto, retirar... retirar-lhes a individualidade ou massificá-los ou que temos um algoritmo. Olha, agora tenho aqui um algoritmo: um doente que quer morrer, o que é que a gente faz? Nada disso! Mas existe uma... uma atitude profissional, que eu acho que... E profissional, no bom sentido do termo! Não é... não é no sentido... não é no sentido da redução ou da... do reducionismo do termo. É no verdadeiro sentido do termo! Acho que a equipe já tem uma maturidade suficiente para, quando aparece uma coisa destas, a tratar com toda a abertura entre nós, sem constrangimentos e tentando ajudarmo-nos uns aos outros. Obviamente, sabemos que isto tem impactos, que tem efeito de burnout, que... tudo isso. Não... E que isto...

**E: E acha que teve?**

M: Claro! Todos sentimos! Ninguém gosta... Ninguém gosta deste... Isto, no fundo, a primeira coisa que me estão a chamar é incompetente! Quer dizer, no bom sentido... Claro que estão! Se eu não consigo... Se uma pessoa me diz que a única coisa que quer é morrer, epá... é porque eu aqui, no fundo, não faço assim grande coisa, não é?

**E: Essa é uma leitura muito...**

M: Ahhhhh, não! É...! Acabamos sempre por ter essa leitura, também! Também! Além de outras coisas... Também! Sentimo-nos um bocadinho reduzidos na nossa incapacidade de ação!

**E: É a impotência de que falava.**

M: Obviamente! Estão-nos a pedir o inabitual. Estão-nos, no fundo, a querer quebrar o nosso contrato de relação! Olhe, meu amigo, desculpe lá agora fomos à falência! Não é? Isto é a falência da relação! É verdade! Quer dizer, não... Podemos ver... fazer uma boa falência ou uma má falência, mas é uma falência!

**E: Era isso que eu lhe ia perguntar: como é que era a sua relação com a doente antes de ela lhe ter feito o pedido de eutanásia?**

M: Muito boa! A doente era... A doente era... A doente era uma pessoa excecional! A doente era uma excelente doente! Muito boa...

**E: O que é que isso quer dizer, uma excelente doente?**

M: Um excelente doente é um doente que nos ajuda! Ou seja...

**E: A...**

M: A tratá-lo! Que nos ajuda... que nos ajuda na forma...

**E: É o parceiro terapêutico?**

M: É o parceiro... É o parceiro terapêutico. Sim, é isso! Estamos todos a remar para o mesmo lado. Partilhamos as coisas, eu digo-lhe as dúvidas que tem, ela diz-me as dúvidas que tem, o que é que precisa de mim, eu digo o que é que preciso dela. E tentamos todos...

**E: Caminhar no mesmo sentido.**

M: No mesmo sentido, sim. Sim! Sem colocar obstáculos. Era uma excelente... Era uma doente bem-disposta. Era uma doente simpática.

**E: Pois, porque ela foi muito lutadora até certo ponto...**

M: Sim, sim!

**E: Não houve aqui, desde início, uma rejeição...**

M: Não, não, não... minimamente! Aí é que é o pior! Porque se fosse... Há um doente que desiste. Ela não foi uma doente que desistiu! E isto não é um caso de desistência! É um caso de outra decisão! Porque ela, na outra decisão, também foi clara! Como tinha sido clara nas decisões que tinha tomado até à altura. Entende-me? Ela era empenhada naquilo que queria. E, nessa altura, foi empenhada em querer morrer! Ok, é isto!

**E: Como é que descreveria o tipo de pessoa que ela era?**

M: Era uma mulher racional. (*silêncio*) Era, de fato, uma lutadora! Eu acho que essa era uma das características... Aliás, muito da vida dela... Porque ficou divorciada, criou o filho sozinha, ainda tomava conta da mãe. Porque, depois, quando foi a mãe a tomar conta dela... Mas, inicialmente, era ela que tomava conta da mãe, conta do filho... Era ali o... a coluna dorsal daquela família. Ela era o esteio daquilo, que aguentava aquilo tudo. E de repente... E era com a irmã e com o cunhado... Quer dizer, todo... Ela era o... a âncora! Era a âncora, era o núcleo duro daquela família. E, de repente, foi o núcleo duro que desapareceu.

**E: Depois de ela lhe ter feito o pedido de eutanásia, sentiu que a vossa relação se alterou positiva ou negativamente?**

M: Não! Em nada! Em nada!

**E: Atenção, que eu estou a perguntar nos dois sentidos.**

M: Não, mas também não acho! Acho... E essa é uma das questões que eu acho que é importante! Como é que eu hei de dizer... Acho que é importante na maneira de lidar com isto. Ou seja, é de eu não aproveitar isto para aumentar o meu poder. Ok?

**E: O senhor fala muito do poder...**

M: Pois falo! Porque eu tenho muito medo do poder!

**E: Está a dizer-me que tem medo do poder da sua classe?**

M: Exatamente! Tenho medo do poder médico, sim. Tenho! Tenho um tremendo medo! Tenho pavor! Por um lado, eu não usar isto nesse sentido. Ou seja, de a fragilizar, de a controlar. Ok? E, por outro lado, de não... não... não nos afastarmos. Ou seja, eu vou-lhe dizer que não, mas eu vou continuar a estar aqui! Eventualmente podemos ficar um pouco mais perto, porque partilhamos outras coisas. Passámos a partilhar uma coisa mais complicada. Mas eu acho, por eu lhe dizer que não, que isto também não dá assim uma grande aproximação. Entende-me? Eu posso achar que me aproximei muito, mas eu acho que o lado de lá não aproximei coisa nenhuma. Porque o lado de lá vai continuar a manter a mesma distância. Vai continuar a estar no mesmo sítio. Ela é que me fez um namoro:

anda cá!; anda cá e resolve-me aqui o problema! Mas eu não fui! Entende-me? Portanto, por isso acho que pode haver alguma ilusão que eu fiquei muito mais perto. Mas acho que não! Acho que, eventualmente, desiludi-a. Acho que isso é uma inevitabilidade. Há sempre um grau de desilusão, não é? Há sempre desilusão! Portanto... Obviamente vou sempre receber bem o pedido, não... não ostracizar a pessoa, tentar discutir o assunto...

**E: Mas tem consciência disso?**

M: Da desilusão? Tenho! Vê-se na cara das pessoas logo na altura! Na altura em que a gente diz que não. Quando começamos a apresentar a desculpa, vê-se logo! Não era isso que ela queria...

**E: E, depois, aí como é que... como é que reforça a relação?**

M: Tento manter o... Vou visitar todos os dias, entrar lá, estar presente... Continuo a estar disponível para conversar. Isso é essencial!

**E: Porque as pessoas precisam de conversar...**

M: E podem querer voltar a ter a mesma conversa! Ou outra qualquer! Mas sabem que você não vai fugir da próxima vez que ela quiser falar consigo! Não é? Olhe, e a outra conversa que queria ter consigo? Ah não, desculpe, agora não posso ter essa conversa, porque tenho muitos doentes para ver... Não é? É fácil!

**E: Isso é uma fuga.**

M: É! É importante... O doente, em princípio, não o vai procurar. Mas é importante...

**E: Porquê?**

M: Porque já o... já o desiludiu uma vez e ele não vai querer ser desiludido outra! Isso já lhe custou muito! Isso já lhe custou muito!

**E: É uma questão de proteção.**

M: É! Mas, de qualquer maneira, é importante que ele saiba que você lá está! E que está para ouvir seja o que for! Seja o que for!

**E: Essa disponibilidade é que não existe muito... No seu caso sei que existe...**

M: Isso está na cabeça. Não se ensina, não se ensina! Não, não... A experiência de vida, o modo de ser, a disponibilidade para os outros... Nós temos que ser disponíveis para os outros. Sempre! Fora da Medicina, dentro da Medicina... E as pessoas ou são ou não são!

**E: Durante a nossa conversa, você não me falou muito da família dela. Porque não houve contato com a família? Ou houve?**

M: Sobre isto, não! Isto é uma discussão completamente privada e...

**E: Não, não! Sabe se a família da doente teve conhecimento do pedido de eutanásia? Ou ela arredou completamente a família?**

M: Não faço ideia. Eu não discutirei... não discutirei este assunto com nenhuma família, exceto se o doente me pedir!

**E: E, no caso dela, não houve contato nenhum a este respeito?**

M: Não! Sobre isto, não! Nunca discuti este assunto com a família. Acho que isto era um assunto da maior privacidade!

**E: E apercebeu-se se os restantes pedidos que recebeu também surgiram no âmbito desse contexto de privacidade?**

M: Não! Tive casos em que o assunto foi discutido com a família. E que o pedido foi feito à frente da família!

**E: Isso é um caso... não é muito comum, pois não? O comum é mais o contrário, não é?**

M: O comum é mais o contrário. Mas tive casos, mais do que um, em que o pedido foi feito à frente da família! Pelo menos, lembro-me de dois! Um à frente dos pais; era um rapaz novo... para aí [—] [< 35] anos, mais ou menos. E outro era uma senhora com..., de que já lhe falei, uma senhora com mais idade, que tinha feito um pedido à priori, e que fez o pedido na altura e que foi feito à frente do marido. O segundo. O primeiro, não. O primeiro estava sozinha na consulta, mas o segundo foi feito à frente do marido.

**E: Em termos gerais, como é que ambas as famílias reagiram a estes pedidos?**

M: Nesse caso, fabulosamente! A família era... era completamente solidária com ela.

**E: Mas por interesse ou por genuína solidariedade?**

M: Não, não! Coitados...! Não, não! Não estavam com interesse. Não! De uma bondade... Umas pessoas de um poço de solidariedade, de uma amizade... Eles tinham uma amizade entre eles que era uma... era pungente! Estamos a falar de uma amizade pungente! É o termo! Vi poucos casais tão amigos como eles. Poucos! De uma amizade intrínseca... O marido dessa senhora ainda me escreve cartas de vez em quando. Cartas escritas à mão, daquelas à... à antiga. Para aí de 2 em 2 anos ainda me escreve uma carta. E eu respondo-lhe. Eu gosto muito de escrever. E... Pronto, ok. Depois é a maneira de como é que se faz o luto destas coisas. E... e de como é que se faz o luto com as famílias, que é uma coisa complicada. Mas...

**E: Mas, no caso desta doente, que interações é que teve com a família dela? Foram muito rudimentares, porque ela afastou muito a família, não foi?**

M: Zero! Zero! Completamente zero!

**E: Mas foi intencional, não foi?**

M: Da parte dela, sim! Da parte dela, sim!

**E: Foi arredar todos os problemas...**

M: Sim! Isto era óbvio que não era para discutir com a família. Era óbvio! Ela nunca me disse isto, mas era óbvio!

**E: Pois, porque ela própria tratou de afastar a família.**

M: Sim. Isto foi feito em completa privacidade. Não, não...



**E: E queria-lhe só fazer duas últimas perguntas finais relativas à sua perspetiva pessoal sobre a morte medicamente assistida. Em primeiro lugar: de que forma é que, para si, o suicídio medicamente assistido e/ou a eutanásia se enquadram na forma como encara o seu papel de médico?**

M: Sem problema. *(silêncio)*

**E: E o sem problema significa que se enquadra? E de que forma?**

M: Aaaahhhh... *(silêncio)*

**E: Ambas as modalidades, digamos assim?**

M: É assim... Ambas as modalidades! Embora o suicídio... Ambas as modalidades, portanto... Embora as pessoas tenham mais facilidade em aceitar o suicídio medicamente assistido do que a eutanásia...

**E: Os médicos têm mais facilidade, porque o grau de intervenção é menor.**

M: Eu sei. Porque não há mão! É uma questão da mão! É, obviamente, que a mão é uma questão complicada. Embora isso seja verdade, o suicídio medicamente assistido também tem muitas modalidades. Ou seja, há a modalidade do... tipo Estado do Oregon ou há a modalidade do Kevorkian. Honestamente, esse método... prefiro, acho mais... parece-me mais adequado do que...

**E: Qual?**

M: O método tipo máquina. Parece-me mais adequado, porque acho que é mais... mais técnico. Ou seja, o outro parece-me um bocadinho estranho, mas tudo bem. De qualquer maneira, acho que qualquer um dos... Não tenho nada contra a legalização de qualquer um dos métodos. A minha atitude pessoal em relação aos métodos... Não tenho, atualmente, nada contra a... a minha utilização de qualquer um dos métodos a pedido do doente. Não sei se mantereis a minha opinião depois de a prática se iniciar...

**E: Mas, na sua perspetiva pessoal, ambas se enquadram da mesma forma?**

M: Sim. Sim.

**E: Porquê? Porque no seu papel de médico inclui a possibilidade de não abandonar o doente na fase final?**

M: Sim.

**E: O que é que está na base para fundamentar esta sua forma de pensar?**

M: E, às vezes, a morte é a melhor coisa. Muitas vezes a morte é desejada! Certo? Pelo doente, pela família, pelo médico... pelo médico...! Muitas vezes a morte é desejada, porque o sofrimento é uma coisa horrível. E não redime! O sofrimento embrutece! A teoria que o sofrimento redime... daquele senhor, Santo Agostinho, São Tomás de Aquino e tal... é uma teoria que, a mim, não me diz nada. Não me diz rigorosamente nada! Porque como eu não acredito na redenção dos pecados pelo sofrimento... Porque o papel da redenção é a redenção dos pecados. Eu não acredito nisso. E como sei que, em algumas alturas, a única maneira de abreviar o sofrimento é a morte... A morte, muitas vezes, é desejada! É simples. Se é desejada, é procurada! Se eu aceito o suicídio como

uma... uma atitude racional e compreensível... É disto que estamos a falar. Em algumas situações, se eu não tenho capacidade para acusar um suicida por se ter suicidado... E lembre-se que em Portugal isto já foi crime...

**E: Mas, para si, porque é que é admissível? Quais são os fundamentos para ser admissível?**

M: Porque eu acho que a vida pertence ao doente. E o doente tem direito a dispor dela.

**E: Mas não é só isso.**

M: É! É!

**E: Porque não convoca só o papel do doente. Convoca o papel do médico.**

M: Claro!

**E: E aí têm que entrar outros elementos na sua fundamentação...**

M: Porque eu tenho o tecnos! Eu tenho o tecnos! A questão é essa. Eu sei como é que se faz. Não é?

**E: Há bocado disse-me que não sabia.**

M: Ouça... Não, não! O quê? Que eu não sei como é... como é que... como é que se mata? Então não sei! Claro que sei! Não estou a dizer que já o fiz, mas estou a dizer que sei como é que se faz!

**E: Eu sei, mas há bocado estava a dizer-me: eu não... não... não conseguiria...**

M: Não conseguiria fazê-lo? Não faço a mínima ideia!

**E: Mas, para si, a morte medicamente assistida enquadra-se no seu papel de médico por uma razão puramente técnica? Ou seja, eu tenho a técnica...**

M: Eu tenho a técnica e fui eu que assisti a pessoa até àquela altura. É a extensão...! É a extensão das minhas obrigações! É até onde ele quiser! *(silêncio)* Não é? O que eu estou a fazer é tratar o sofrimento. Ok?

**E: Desenvolva-me isso.**

M: Para mim só faz sentido estarmos a falar em eutanásia ou em suicídio medicamente assistido perante um caso de sofrimento. O suicídio medicamente assistido não é o suicídio global. Ou seja, eu sou... eu estou na minha empresa. A minha empresa foi à falência, epá... vou-me suicidar! Atiro-me aqui do 10º andar ou vou ter com o médico? Não é disto que estamos a falar! Certo? Pronto! O que estamos a falar é de um... de... da antecipação voluntária da morte, seja de uma maneira, seja de outra, para resolver o sofrimento! Como tal, isto enquadra-se no tratamento do sofrimento associado a uma determinada patologia ou a uma determinada doença que eu estou a tratar. Eu não considero adequado, em relação aos meus doentes, enviá-los para Unidades de Cuidados Paliativos. Os Cuidados Paliativos dos meus doentes sou eu que os faço! Desde o início da doença! Ok? É tão simples quanto isto. Não há doente meu que vá para uma Unidade de Cuidados Paliativos! São tratados por mim até ao final da vida. Se for preciso, vou a casa deles. E há vários em que faço isso. Ok?

**E: Porque é que tem essa postura?**

M: Porque eu não abandono os doentes. Eu não abandono os meus doentes. Olha, agora é para morrer, vais ter com outro! Há ali uma casa e um pessoal... Epá, despacha lá, está bem? E tal...! Bonita e tal... Luz bonita... Umas colchas às flores... Essa não é a minha filosofia! A minha filosofia não é curar pessoas. Se conseguir curar, tudo bem. A minha filosofia é conseguir tratar as pessoas. Portanto, agora... Pode haver um caso esporádico de um doente que é de fora e é de longe e que tem vantagem em... e que eu o vou mandar para a terra dele por causa das deslocações, etc. Ok? Pronto... E há! Agora... Portanto, eu recebo doentes de muito longe. Independentemente... E, como tal, pode haver conveniência e ser melhor para o doente e para a família deslocá-lo no final de vida e tal. Mas, por princípio, os meus doentes são meus doentes até ao último dia da vida! E isso é um princípio da nossa unidade. Não prescindimos!

**E: Eu percebo... Por detrás disso está o compromisso do não-abandono.**

M: Está! Sempre nós! Sempre nós! Mesmo quando estiver a correr mal. A gente vai-lhes dizer... A não ser que haja indicação para fazer outro tipo de tratamento. Por exemplo, os doentes quando recaem com leucemias agudas, por exemplo... Um caso frequente. Entregamo-los de volta aos médicos assistentes deles, mas não estamos a falar de médicos de Cuidados Paliativos. Estamos a falar de entregar de volta aos médicos deles para serem re-induzidos novamente em quimioterapia e, eventualmente, voltarem para nós. Nós consideramo-nos os fiéis depositários daqueles doentes. Isto em relação a transplantes alogénicos, autólogos já é uma coisa diferente!

**E: Fale mais devagar, por favor...**

M: Transplantes autólogos, transplantes de medula do próprio, isso são doentes que passam por aqui e vão embora. Portanto, não são... Não ficam connosco. Agora, transplantes de medula de outro, alogénicos, esses são nossos doentes para a vida!

**E: São?**

M: São! Sempre nossos! Não... É um compromisso que a gente tem e... e eles sabem que contam connosco!

**E: E é nessa perspetiva de não-abandono que considera que a morte medicamente assistida se enquadra no seu papel de médico?**

M: Sim, sem dúvida.

**E: Para que, no fim, numa situação de sofrimento...**

M: Não vou mandá-lo para um técnico! Se isso um dia for legalizado, não vou mandá-lo para um técnico de mortes assistidas. Ok? Isso, para mim, não faz sentido! A não ser que passem a ser feitas com uma tecnologia do arco da velha que eu não domine, um raio laser que desce de cima para baixo e tal... Ok, tudo bem! Agora, enquanto estivermos a falar dentro deste tipo... daquilo que é feito hoje em dia, serão as minhas mãos a fazer! Nem sequer será uma enfermeira... Serão as minhas mãos! Não prescindindo disso!

**E: Última pergunta. Diga-me se a sua experiência de ter recebido vários pedidos de eutanásia ao longo da sua prática clínica alterou, de alguma forma, a sua perspetiva sobre a prescrição ou a administração de fármacos em doses letais no futuro.**

M: Não! Não foi isso que a alterou...

**E: Se alterou, o que é que fez alterar a sua perspetiva ao longo do tempo?**

M: Não sei... Isso não... não é step by step. São... Essas mudanças são... são... não são discretas, são contínuas! Ou seja, nós não... Não posso dizer: ah, naquele dia, foi aquele doente, vi aquele doente... fiquei a partir daí...

**E: Não é isso que lhe estou a perguntar. Estou-lhe a perguntar se a sua experiência com todos estes pedidos de eutanásia alteraram a sua perspetiva...?**

M: Não acho, não! Também não acho isso! No primeiro caso que tive... Isto é uma questão de filosofia de vida! Não tem a ver com outra coisa. É a postura na vida! No primeiro caso tinha a mesma atitude que tenho hoje. Rigorosamente! Não...

**E: Se não houve alterações ao longo do tempo em relação à sua perspetiva sobre a morte medicamente assistida, então pergunto-lhe: qual ela é?**

M: Eu sou a favor da legalização!

**E: E qual é a sua perspetiva pessoal, enquanto médico?**

M: Acho que... acho que é uma inevitabilidade histórica. É uma coisa desagradável, que não é por mim procurada. É uma medida do nosso insucesso!

**E: Porque é que associa um pedido de morte medicamente assistida ao fracasso?**

M: Porque é fracasso! É obviamente fracasso! Não vão ser os sucessos que me vão pedir isso. É um insucesso, obviamente! É uma medida do meu insucesso! Posso dizer também o contrário: que o número de pedidos que tenho, além de ser uma medida do meu insucesso, é a medida do meu bom relacionamento com os doentes. Posso dizer isso. Mas eu acho que seria... Eu acho que isso seria uma pesporrência da minha parte.

**E: Pode ser uma medida de sucesso...**

M: Não sei se é...! Se calhar sou mais nabo... Se calhar sou mais nabo do que os outros (risos)

**E: Vou-lhe pôr a questão contrária: muitos colegas não recebem pedidos...**

M: Porque os doentes acham que não há abertura da parte deles para os desafiar. Não tenho dúvidas disso! Sim! Mas...

**E: Não é que esses pedidos não existam intrinsecamente...**

M: Não sei... Sim! Obviamente... Sim! Não só... Eu acho que o comportamento humano não é assim tão fácil.

**E: Obrigada por esta conversa!**

M: De nada!

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO MÉDICO M7**  
**[M7, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]**

**E (entrevistadora):** Antes de nós começarmos a falar precisamente dos pedidos, eu queria só falar-lhe um bocadinho... que me contextualizasse a sua experiência profissional, que já foi muita! E queria que me indicasse, em primeiro lugar, aspetos mais relacionados com o seu percurso académico. E, antes de mais, perguntar a sua idade atual.

M (médico): [—] [≥ 60].

**E:** E gostava que me descrevesse cronologicamente, de uma forma sucinta, o seu percurso académico, desde a conclusão do seu curso e da sua especialização médica, que eu penso ser em Nefrologia só (se tiver mais alguma, indique-me), até à realização de outras formações pós-graduadas. Que estabelecimentos universitários é que frequentou e que fatores é que lhe parecem terem sido mais decisivos na escolha dessas formações complementares, se as tiver feito.

M: Não, complementares não tive. Portanto, eu formei-me em [—] na Faculdade de Medicina [—]. Depois frequentei aquilo que, na altura, se chamava o Internato Geral. Que depois mudou de nome, mas era o Internato Geral. E, depois, tinha acabado o Internato Geral... Assim que acabei o Internato Geral, em [—], fui logo para a [—]! *(risos)* Chamaram-me!

**E:** Então não fez a especialização logo de seguida.

M: Não, não, não, não! Não me deixaram... Não sei porquê, mas... *(risos)*

**E:** O Doutor esteve na [—] quanto tempo?

M: Estive [—] anos. Foi um buraco para a minha vida, aquilo. E depois fui para [—]! Ao fim de estar na [—]... aquilo foi em [—], portanto, ao fim de estar [—] a fazer a [—] cá, ou a fazer a [—] e não sei quê, fui para [—]. E estive em [—].

**E:** Durante [—] anos.

M: Sim, mas... Aquilo foi uma [—] que, para mim, não foi [—] nenhuma! [—]. *(risos)* Embora tenha visto muitos doentes feridos e o diabo a quatro. E mortos... Esse período foi um período aborrecido para mim, claro! [—] Mas, ao mesmo tempo, foi um bocadinho enriquecedor em termos de... de ter que me desembaraçar sozinho. Eu tinha uma população de [—] pessoas à minha guarda e era eu [—] médico. De maneira que aquilo deu-me um certo traquejo. Depois voltei para cá e a minha intenção era ser [—]. Só que na altura abriu o Centro de Hemodiálise [—], [—], e eu fui para lá trabalhar. E fiquei apaixonado! Fiquei apaixonado. A minha entrada na Nefrologia é pela Diálise. Grande parte dos outros colegas mais recentes é o contrário: vão para Nefrologia e depois apanham a Diálise. Nós, nessa altura não havia Nefrologia, era Diálise praticamente só nesta área. E fiquei apaixonado pelo fato de aquilo ser uma terapêutica que salvava doentes! A gente via os doentes a entrar péssimos, não é? E, ao fim de meia dúzia de dias, estavam... E aquilo apaixonou-me! E, pronto... E, depois, fui para Nefrologia em [—], para aí. Fui para o Hospital [—]. Ainda não era... Ainda não havia a especialidade reconhecida, mas comecei a... Como havia a perspetiva de ela ser reconhecida, como veio

a acontecer mais tarde... E pronto, comecei aí o internato. Ainda estava na parte da Medicina Interna, não é? Eu passei para a Nefrologia. E, pronto, em [—]... Em [—] fiz o concurso para especialista e logo [—] a seguir entrei como Assistente do quadro do serviço. Depois passei a Assistente Graduado, passados não sei quantos anos, para aí [—] anos, e... e... Ah, e entretanto, tinha aberto uma clínica, que era a [—], a [—], que é aquela que atualmente é a [—], que é aqui perto... é ali em [—]. Comecei por ali. Comecei por ali e depois aquilo abriu outro centro em [—], outro na [—]. Tomámos conta, também, do Centro de Hemodiálise [—], enfim... Fizemos um grupozinho, [—] português. Que depois, claro, foi engolido mais tarde por [—]. Depois... Depois tive em [—] durante... nem chegou a [—] anos. Mas aí com funções [—]. Foi a única vez que fui [—]! *(risos)*

**E:** Em que funções?

M: Era [—]. Ao princípio foi engraçado e tal, mas depois aquilo era uma chatice. Não se conseguia fazer nada! Os [—] não me deixavam fazer nada, de maneira que, depois, fartei-me daquilo. Nem sequer completei os [—] anos de contrato e vim-me embora. Vim-me embora e, passado [—] anos, fiz o concurso para [—] e, passados não sei quantos anos, uma data deles!, em [—] fui [—]. E fui [—] até agora, até à reforma. Em termos de intervenção nas diversas instituições médicas, fui [—], [—] doentes em tratamento por insuficiência renal crónica, os doentes em diálise e transplantação. [—] Depois tive várias intervenções... Fui [—]. O que é que eu fiz mais, assim, de importante? Não fiz mais nada. *(risos)*

**E:** E também me disse, da outra vez que nós conversámos, da primeira vez, que sempre trabalhou paralelamente em clínicas. Ou... na parte privada. Recorda-se de ter dito isso?

M: Sim, sim! Sim, sim!

**E:** Esse percurso começou logo, também, no início, quando regressou a Portugal [—]! Ou é mais recente?

M: Não, é muito antes! É muito antes, então: nós abrimos a clínica... aquela [—] é de [—]!

**E:** E desde então trabalhou sempre...?

M: E fui [—] daquilo durante... até ir para [—]. Portanto, durante [—] anos, mais ou menos. Depois, quando voltei, tive que ir para o Hospital [—], porque aquilo estava um bocadinho desorganizado e não sei quê. Tive... Lá fiquei também mais outros [—] anos. E, depois, quando fui a [—] deixei-me dessas coisas todas. Enfim, continuei a assessorar aquela coisa. E, depois... Agora, nesta fase, em que nós abrimos novamente unidades, sou um mero [—], digamos assim, o [—]. Não é [—], porque é só aqui da área [—]. *(risos)*

**E:** [—]! É [—]! E, portanto, isto tudo termina quando se aposenta, a parte pública. Mas continua na parte privada, correto?

M: Mas como mero [—], não é? [—] da atividade das unidades.

**E:** Sim, mas como é que se chama atualmente?

M: [—].

**E: Já que estivemos a fazer um levantamento da sua experiência profissional e dos locais onde desempenhou funções. Mas queria agora que me falasse sobre a sua experiência profissional enquanto nefrologista. O que é realçaria da sua experiência profissional ao longo destes anos e como é que caracterizaria o universo de doentes de quem cuidou durante o seu percurso profissional?**

M: Na área nefrológica eu, apesar de tudo, continuo a exercer, particularmente para os amigos e para os familiares e o diabo a quatro. (*risos*) E, portanto, a questão era: qual era o perfil de doentes, não é?

**E: Qual é o perfil de doentes e o que é que realçaria da sua experiência profissional?**

M: Há tantas coisas para realçar! (*risos*) É uma experiência extremamente enriquecedora! E... e o tratamento do doente renal crónico tem os seus aspetos, em termos psicológicos e em termos de realização, os seus aspetos positivos e tem uma carga muito negativa também, não é? Os aspetos positivos é o fato de nós estarmos a seguir doentes durante anos seguidos. Anos e anos e anos e anos a ser médico dos mesmos doentes; doentes que a gente segue durante 20 / 30 anos, não é?, em diálise. E, portanto, isso cria uma relação médico-doente muito próxima! E, ao mesmo tempo, de grande dependência do doente em relação ao médico! Isto até... Por um lado é ótimo, não é?, porque nós passamos a ser os Médicos de Família desses doentes. Qualquer coisa que o doente tenha, constipado, diarreia, cancro do pulmão, seja o que for!, é... é o nefrologista! Não vai ao Médico de Família! O médico, para ele, é o nefrologista. Portanto, isto é enriquecedor, não é? Não só em termos de relacionamentos pessoais, não é?, como em termos até de experiência clínica. Os doentes em diálise, insuficientes renais crónicos, têm a mesma patologia que o resto da população, não é? De maneira que, quando nós temos um grande número de doentes em tratamento de insuficiência renal crónica acabamos por fazer também Medicina Geral. Pronto... portanto, isso é um aspeto! O aspeto pesado é a face oposta a esta, que é: esta relação com o doente traz-nos uma carga emotiva para nós que, às vezes, é muito difícil de suportar! Porque este tipo de relação desencadeia, ao mesmo tempo, também afetos! O doente deixa de ser o senhor [—] que vem ao meu consultório uma vez por ano para ser o meu amigo a quem eu assisto, não é? Portanto, tudo o que é complicações, que são frequentes, internamentos, sofrimentos dos doentes, nós sentimos – primeiro, em relação aos doentes mais antigos, é evidente! – uma grande carga emotiva. O que, por vezes, pode obnubilar um bocadinho o raciocínio, porque deixamos de ter aquele afastamento necessário para... enfim, para ter a frieza e atuar puramente de uma forma profissional. Portanto, é necessário combater muito isso e ter uma estrutura moral forte. E que, às vezes, não é fácil!

**E: E, em relação ao perfil de doentes de quem cuidou ao longo da sua vida profissional, consegue caracterizá-lo?**

M: Sim! Talvez... Há alguns padrões, não é? Há os doentes permanentemente revoltados e que não aceitam a sua doença, que a consideram uma injustiça e, portanto, são doentes geralmente complicados. Que rejeitam qualquer tipo de orientação, enfim, e que passam a ser os doentes mais... mais difíceis, geralmente, aqueles que depois acabam por sofrer mais. Depois, do lado oposto, há os doentes passivos. Aqueles que: ah, então, eu tenho

que fazer esse tratamento?, então vou lá fazer o tratamento! E a coisa decorre... decorre de uma forma pacífica! Não, não... sem tem grandes problemas. São, talvez, os dois padrões principais deste... deste tipo de doentes. E, depois, obviamente que há nuances!

**E: E, em termos de doenças, aquilo que iriam ter ao Serviço de Nefrologia seriam sempre doentes insuficientes renais crónicos ou outro tipo de doentes também?**

M: Desculpa, não percebi.

**E: Que tipo de doenças eram as mais comuns nos doentes que foi tratando?**

M: A insuficiência renal crónica, de longe! É claro que, depois, no hospital e mesmo na clínica privada temos outro tipo de doentes. Com doença nefrológica, mas que não evolui ou que não... que não têm doença renal crónica evolutiva etc. Sim, mas isso é a minoria! A principal atividade do nefrologista, para além dessa margem de doentes que tem pelionefrites e não sei quê, que é aliás a parte mais interessante da nossa atividade... Há uma data de doenças! Isso há uma data delas! Mas, de qualquer maneira, constitui a fatia menor da nossa clientela. O nosso principal cliente, aquele que nos demora mais tempo, que nos ocupa mais tempo na nossa atividade clínica é o tratamento do insuficiente renal crónica, sem dúvida nenhuma!

**E: O Doutor foi nefrologista no público até quando?**

M: Estamos em 2014... deve ser desde [—]. Se não é [—], é [—]. É à volta disso, não sei exatamente.

**E: Queria-lhe perguntar também que significado é atribuí à sua experiência profissional e quais são os principais ou os maiores contributos que resultaram da sua experiência para a sua reflexão sobre a sua prática clínica.**

M: É tudo! Quando nós vivemos o dia-a-dia, intensamente a nossa atividade como médico, toda essa experiência que nós vamos adquirindo de toda..., o perceber o doente acaba por ter uma enorme influência na nossa... no nosso... na nossa compreensão do doente e da doença, não é? E a forma de atuar, não é? Com certeza que sim!

**E: O que é acha que o fez mudar mais a sua forma de atuação ao longo do tempo? O que é que o fez reformular?**

M: O sofrimento! O sofrimento dos doentes! Fundamentalmente, o sofrimento dos doentes! E há um sofrimento na nossa especialidade que é um sofrimento que se vai prolongando ao longo do tempo, por anos, não é? Quando não é isto, é aquilo que o doente tem e sofre e morre.

**E: Agora que fizemos este breve apanhado da componente académica e da componente da experiência profissional, queria então entrar na questão central da entrevista que é precisamente a sua experiência médica com a receção de pedidos de eutanásia ou de assistência ao suicídio. E queria-lhe pedir que, se fosse possível, me descrevesse todos os pedidos os pedidos de assistência médica ao suicídio e/ou de eutanásia que já recebeu no decurso da sua prática clínica.**

M: Todos? Todos? Não me faça isso... (*risos*)

**E: Se me puder detalhar as experiências que viveu, pelo menos, com os pedidos mais importantes ou mais significativos para si.**

M: Mais significativos são aqueles que resultaram na morte, como é evidente!

**E: Aqueles que, ainda hoje, sente que o marcaram mais ao longo do tempo.**

M: Os que morreram mesmo! E foram... foram, ao todo, 5 doentes. 3 fora da área da Nefrologia e 2 na área da Nefrologia.

**E: Os 3, que foram fora da área da Nefrologia, eram de que áreas? Oncologia?**

M: 2 de Oncologia... Não, aliás, desculpa! 1 de Oncologia, 1 de Neurologia e 1 de... de Arteriosclerose.

**E: E os outros 2 de Nefrologia.**

M: Nefrologia!

**E: E podia-me descrever cada um dos 5 casos com o detalhe possível?**

M: Então vamos lá ver... O primeiro... A primeira foi uma... uma grande amiga minha de infância que tinha uma neoplasia do pulmão. Tinha um cancro pulmonar. Isto vão lá... isto vão lá... para aí [—] [> 15] anos! [—] [> 15]... estamos a falar de [—], não é? Para aí [—] [> 15] anos! Ela tinha uma neoplasia do pulmão, começou a fazer o tratamento e... Aliás, fui eu que lhe diagnostiquei o cancro do pulmão, porque ela vinha com uma radiografia, com uma tosse já de muito tempo e vinha com o diagnóstico radiológico de pneumonia em fase de uma situação crónica. A gente olhava para aquilo e era um disparate! Portanto, confirmou-se que era um cancro, começou-se a fazer o tratamento, mas aquilo evoluiu de uma forma rápida e, de tal forma, que começou a ter metástases, inclusivamente, cerebrais. Aí ela expressou-me a intenção de querer morrer para não passar pelas complicações óbvias que daí resultariam, não é? Mas estava perfeitamente lúcida e consciente! Foi o primeiro... Foi, talvez, o mais complicado. Não sei se foi... Foram todos complicados! E... e, pronto, então vamos fazer isso, mas eu tenho que me proteger. Portanto, temos que envolver alguém da família neste assunto. A família toda fugiu com o rabo à seringa e foi apenas uma amiga íntima que... que colaborou. Colaborou...? Esteve presente, a suportá-la, a aguentá-la, a dar-lhe o afeto. Pronto, depois combinou-se um dia e, com a presença dessa pessoa íntima, a coisa decorreu normalmente. Acho que... A experiência que eu tenho é a forma extremamente digna das pessoas que optam pela eutanásia. Um comportamento de uma dignidade até ao fim que é uma coisa impressionante! Ela bebeu a última cerveja ou o último whisky, fumou o último cigarro e, pronto, deitou-se e fez-se... e fez-se o devido.

**E: E o segundo caso?**

M: Como?

**E: E o segundo caso?**

M: Este foi o primeiro. O segundo caso foi o meu melhor amigo que tinha... tinha uma esclerose em placas e era um tipo bonitão, que tinha sido um gajo bonitão, engatado, com uma vida bestial, muito ativo! Esclerose em placas... aquilo foi-se agravando, passou a ficar... a andar de cadeira de rodas, depois começou com complicações também dos

membros inferiores, com... com arteriosclerose. Teve que ser amputado! E, depois, ao mesmo tempo, os membros superiores... o direito? Foi o direito, que ficou completamente imobilizado, paralisado. O esquerdo com grande dificuldade em usar, mesmo para comer. E com um sofrimento atroz! E... e, pronto, também me expressou essa vontade. E aqui foi complicado, porque não foi logo à primeira. Porque da primeira vez não lhe consegui apanhar a veia. E ele insistia, não é? De maneira que pedi a colaboração de um outro colega e foi feito em duas vezes. Ah, e claro que [—] sabia e o núcleo de amigos mais íntimos também sabia. Aliás, depois tive a colaboração de um deles. Mas, portanto, com outro colega que não tinha capacidade para... para fazer o ato propriamente dito, mas que lhe consegui apanhar a veia. À hora do almoço ele saiu e cheguei eu, já com a veia canalizada. E, pronto, foi como aquilo se processou. E ele tinha feito, também, ainda uma tentativa pela boca, com medicamentos pela boca, mas que não resultou. Portanto, é um tipo que queria claramente morrer. Esta também foi muita pesada...

**E: Ele tinha que idade?**

M: [—] [> 50] anos.

**E: E, no primeiro caso, ela tinha que idade?**

M: Tinha a minha idade [—] [> 60].

**E: E o terceiro caso?**

M: O terceiro caso foi com uma tia minha que... Uma tia muito querida! Tenho aí a fotografia dela por todo o lado. Que eu adorava... Enfim, isto... Ela morreu com [—] [> 90] anos. Portanto, tinha várias complicações de saúde e o diabo a quatro, que lá se foram resolvendo até que, a certa altura, fez uma pneumonia. Em cima da pneumonia fez um enfarte do miocárdio e, em cima do enfarte do miocárdio, teve uma... uma trombose cerebral. Ficou hemiplégica e ficou completamente balhelhas, não é? De tal forma que aquilo não tinha... Uma pessoa com [—] [> 90] anos, com estas complicações todas, a sobreviver, seria uma qualidade de vida péssima. E ela tinha um amor à vida, uma alegria de viver, uma coisa espantosa! Achei que aquilo não era possível para ela e de maneira que falei com a família: isto há o risco de ela ficar assim, assado e não sei quê, eu acho que se deve intervir. Toda a gente concordou... pumba! Isto são os casos... são os casos de fora da Nefrologia! Os casos da Nefrologia é um doente que eu já te falei. Diabético, amputado... amputado... amputado...!

**E: Ele tinha um membro inferior amputado?**

M: Dois! Dois pela raiz! Pela raiz! É que não é... Tinha que se pôr na cadeira, deixá-lo encostar-se para não cair! Aquilo era uma coisa assombrosa, não é?

**E: A ele foi-lhe amputado os dois membros inferiores.**

M: Dois membros inferiores pela raiz, o antebraço direito, acho que era o direito, e dois dedos, salvo erro, eram dois dedos da outra mão... À espera de precisar, também, de amputação. Tudo isto com insuficiência renal crónica, em hemodiálise, uma diabetes muito difícil de controlar. Depois com as infeções todas que esta porcária envolve, com dificuldade de acessos vasculares, porque ele não tinha veias, como é evidente!, acessíveis. Era sempre com cateteres, mas depois o cateter infetava.... De maneira que

aquilo era uma vida horrorosa! De maneira que ele expressou-me também a... a intenção. É claro que não podia ser feito num sítio público nem na clínica, não é?

**E: Ele foi seu doente no âmbito do hospital ou no âmbito privado?**

M: Nos dois! Nos dois! Quando ele estava melhor lá ia para a privada, quando ele estava pior, pimba, lá voltava para o público. De maneira que lá se combinou com ele e com... e com um filho, que era com quem ele vivia, um dia ir lá a casa... Pimba!

**E: E o último caso?**

M: O último caso também foi um doente em hemodiálise. É mais ou menos parecido com o primeiro, porque este tinha também um cancro do pulmão. Este foi o último. Este já foi há... já foi há [—] [> 5] anos. Uma neoplasia do pulmão, em hemodiálise, aquilo continuou a evoluir. É mais ou menos parecido com o primeiro que eu te descrevi. Metástases por todos os lados, começou com muita dispneia, com muita falta de ar e aquilo, portanto, não fazia prever nada de bom! E expressou-me também a vontade. E foi mais ou menos a mesma coisa. Isso foi com a mulher dele, que era bastante mais nova, aliás! Portanto, combinámos um dia lá em casa e comecei lá a técnica. A técnica é aquela que se usa nos Estados Unidos.

**E: Qual?**

M: É sedar o doente, cloreto de potássio e pronto!

**E: Eu tenho aqui uma dúvida: como é que se declarou a morte destes doentes?**

M: Morreram com qualquer coisa, não é? Morte súbita... cancro pulmonar... No outro, uma pneumopatia aguda... o caso do [—]. Portanto, arranja-se sempre uma maneira. Insuficiência renal crónica, que é também uma causa de morte frequente! Não, isso é o mais simples!

**E: Gostava que me dissesse como é que interpretou esses 5 pedidos que lhe foram feitos.**

M: 5, não! Foram 4 pedidos! A minha tia não me pediu nada! Mas, de qualquer maneira, é também eutanásia, porque foi com os representantes, digamos assim, afetivos e legais. Ela não tem... Ela estava inconsciente, não é?

**E: Sim, sim. Mas vamos considerar só os 4 pedidos para manter o conceito fechado.**

M: Mas é eutanásia também!

**E: Obviamente, porque há alguma intervenção direta.**

M: Alguma, não! Com toda!

**E: Não, o que eu estou a dizer é que, também nesse caso, apesar de não ter havido um pedido expresso, houve uma intervenção direta por parte do médico.**

M: Sim, sim.

**E: Não com o consentimento da doente em relação a um pedido prévio, mas com a família, numa reunião em que todos tiveram a mesma opinião.**

M: Exatamente!

**E: Mas eu queria-lhe perguntar é como é que interpretou os 4 pedidos que recebeu e que significado é que lhes atribuiu e que desafios é que eles lhe colocaram aos valores que acompanham a sua prática clínica.**

M: Em relação aos valores não me puseram nenhuma, porque, se eu não concordasse, eu não faria! (*risos*) Aquilo foi sempre... Isto não é de um dia para o outro! São doentes que eu conheço... que conhecia há... doentes e amigos que eu conhecia há longos anos. Tinha uma grande relação, conhecia a personalidade. Alguns casos, como o desse meu amigo, tinha havido várias tentativas. Ele continuava a insistir! Portanto, não tive qualquer dúvida... não tive qualquer dúvida que era a vontade, de fato, deles, não é? Consciente! De pessoas diferenciadas! Não tinha a menor dúvida! E, portanto, era só... Foi só uma questão de escolher a melhor oportunidade para efetivar. Em termos de valores, acho que o médico, sim senhor, tem que salvar a vida, tem que adiar a morte tanto quanto é possível, mas tem uma outra obrigação que, para mim, é a mais importante de todas, que é aliviar o sofrimento! E quando há sofrimento sem esperança e o doente expressa a vontade, acho que é obrigação do médico colaborar na sua morte. Quando é a única maneira de aliviar o sofrimento! E é aliviar o sofrimento com respeito pela pessoa, não é pôr a pessoa a dormir contra sua vontade. Isso acho perfeitamente indecoroso. É uma falta de respeito pela pessoa! Portanto, temos que fazer aquilo que o doente quer!

**E: Gostava que fizesse uma retrospectiva dos 4 pedidos recebidos e que me dissesse qual foi o pedido de eutanásia que recebeu mais difícil ou mais significativo para si, nomeadamente em termos religiosos ou espirituais.**

M: Religiosos? (*risos*) E, como te disse, espirituais, não! Acho que fiz... que cumpri o meu dever!

**E: Não, aquilo que eu lhe queria perguntar é se, dos 4 pedidos, consegue identificar aquele que foi mais significativo para si, ou mais difícil...**

M: Acho que foram todos difíceis! Não consigo...

**E: Dos 4 pedidos que recebeu, não tem um mais significativo ou com o qual teve mais dificuldade em lidar?**

M: Não consigo eleger nenhum. Em qualquer deles me custou ter que intervir, como é evidente, não é? Provocar a morte a alguém não é uma coisa simples, não é? Todos nós, apesar de tudo, temos a nossa carga de longa tradição judaico-cristã. E a minha família era toda muito religiosa e o diabo a quatro, não é? Portanto, obviamente que não... não sou imune a essas coisas. Mas em termos de... E todos eles me custaram mesmo! Porque conhecia-os todos muito bem, muito bem, muito bem! Eu não consigo eleger um... Não, não consigo eleger um.

**E: Não tem um que tenha sido mais significativo para si ou com o qual tenha tido maior dificuldade em lidar? Um de que ainda hoje se recorde...**

M: Sim, são todos eles. Recordo todos com... Recordo todos como se fosse hoje. Todos me custaram...

**E: Não tem um pedido que destacasse como sendo o mais significativo para si?**

M: O mais difícil talvez tenha sido o do meu amigo, o do [—]. Porque falhei a primeira vez. E, portanto, aquilo mexeu comigo e o tipo continuava a insistir... Talvez pela dificuldade, pelos antecedentes onde eu estive também envolvido. Talvez tenha sido, mas por isso! Só por isso, não é? Não tinha... não gostava mais do [—] do que gostava da minha tia, do que da [—]...

**E: Eu queria agora que pensasse nesse pedido mais significativo e, a partir de agora naquilo que vamos falar, queria que as suas próximas respostas fossem sobretudo centradas na memória desse pedido. E, obviamente que conhecendo bem a pessoa porque era seu amigo, queria que me dissesse a idade exata dele na altura em que ele lhe colocou o pedido.**

M: Ora, isto deve ter sido em [—]. Portanto há [—] [> 5] anos... há [—] [> 5] anos, portanto, ele teria... Portanto, [—] menos [—], [—]. Ele teria [—] [> 50].

**E: [—] [> 50] anos. E recorda-se da escolaridade e do estado civil dele?**

M: [—].

**E: Era [—] e...?**

M: Era médico.

**E: E era médico de que especialidade, se for possível dizer?**

M: [—].

**E: [—].**

M: Se faz favor, não pões essas coisas, se não identificam-no imediatamente, não é?

**E: Não, não, não! É só para eu contextualizar o doente.**

M: Aqui dentro, quaisquer destes pormenores identificam-no, principalmente este!

**E: Sim, sim, sim! Vou só querer saber mais dois elementos de caracterização. Recorda-se dos principais cuidadores na altura que ele fez o pedido e onde é que lhe estavam a ser prestados os cuidados de saúde?**

M: Onde é que ele estava na altura? Ele estava em casa.

**E: E quem eram os principais cuidadores?**

M: [—].

**E: E qual era o diagnóstico e o prognóstico do doente?**

M: Em termos de vida...

**E: O diagnóstico qual era, em primeiro lugar? A esclerose em placas?**

M: A esclerose em placas! Esclerose em placas, amputação, paralisia dos membros superiores. Ele tinha esclerose em placas e também teve o problema de isquemia do membro inferior e teve que ser amputado, porque aquilo provocava-lhe dores horroresas. E teve que ser amputado.

**E: E qual era o prognóstico, na altura?**

M: Em termos de vida, em princípio, não seria muito mau. O problema era... da esclerose em placas é quando atinge o centro respiratório, a pessoa deixa de... O centro respiratório, não! Mas quando atinge os nervos que enervam os músculos respiratórios, a pessoa morre em asfixia, não é? Para além de provocar, também, várias infeções pulmonares etc. Mas, portanto, seria possível que ele vivesse vários anos sem que isso acontecesse. Em termos de qualidade de vida... foi o que eu te disse! Um sofrimento brutal, não só físico, mas sobretudo psicológico. Era uma pessoa que gostava de convívio social, tinha sempre a casa cheia de gente e isso... tudo isso foi desaparecendo. Era um tipo que intervinha muito, [—], e que depois se viu impossibilitado e quase que esquecido. E ele não suportou... não suportou aquilo! Era um bonitão antes e estava ali amputado, impotente e não sei quê.

**E: Depois como é que justificaram a causa de morte dele?**

M: [—].

**E: Já caracterizámos um bocadinho o doente e queria agora detalhar o processo do pedido, na forma como ele ocorreu. Em concreto, queria que me falasse sobre o modo como o doente iniciou as conversações consigo sobre o pedido de eutanásia. De que assuntos é que falaram e o que é que discutiram desde o início das conversações até à formulação do pedido explícito.**

M: O primeiro caso era conhecido dele também. Era... Aliás, [—]. E, um dia, já ele estava com uma situação muito avançada, no carro... Eu, depois, quase que servia de chofer, que o levava. Quando íamos para qualquer lado era eu que o levava e trazia, quando não era [—]. Porque éramos, de fato, muito... muito unidos. E um dia... Ele já tinha... tinha tido conhecimento que eu já tinha praticado a eutanásia na outra senhora, na outra amiga: epá, oh [—], preciso de morrer, pá!, não mais aguento esta coisa e tal.; eu não te vou pedir a ti, porque senão qualquer dia és conhecido pelo... *(risos)* Pronto, foi assim: se não me pedes a mim, ainda bem! Pensei eu.

**E: Portanto, estavam no carro e ele disse isso.**

M: Pois, foi assim... Quer dizer, a primeira conversa foi... foi aí. É claro que, depois, tivemos muitas outras conversas, porque nós convivíamos quase que diariamente, não é? E, pronto... E ele não conseguiu arranjar ninguém. A certa altura: oh [—], pá... desculpa lá, tens que ser tu, pá! E aquilo... Pronto, mas... De fato, aquilo era de tal forma insistente e era um tipo extremamente inteligente e estava perfeitamente com as suas capacidades todas presentes, não é? De maneira que lá teve que ser!

**E: E de que forma é que, além de ter dito que queria morrer, ele verbalizou isso e foi manifestando essa vontade de uma forma reiterada?**

M: Pronto: eu não consigo viver, eu quero morrer, não tenho possibilidade de me suicidar, como é evidente! Aliás, tinha feito aquela tentativa... Cheguei-te a dizer, não é? Que ele tinha feito uma tentativa com comprimidos.

**E: Isso foi antes de ele lhe fazer o pedido?**

M: Sim, sim, sim, sim! Não, não... foi entre o meu falhanço e a segunda. E, portanto... Isso até era uma conversa do dia-a-dia, insistente!

**E: Ele repetia?**

M: Ai sempre, com uma insistência espantosa! Isto ao longo de vários meses! É capaz de não ter chegado a 1 ano, mas foi bastante tempo, não é? Porque era necessário tempo para arranjar as coisas! Isto não era... E, pronto, foi uma coisa simples. Para além desta carga, da insistência, foi simples. E também foi de uma dignidade! Esse foi com o último charro. Ele estava na cama, já estava acamado e, com um amigo ao lado, fumou o último charro. Das duas vezes! Na primeira... nessa primeira que não resultou e na segunda. Pronto... Ele já estava, portanto, com a veia canalizada, foi só pôr as coisas a correr.

**E: Recordar-se dos assuntos sobre os quais falavam quando ele insistia consigo para o ajudar a morrer. Recordar-se o que é que ele evocava, quais eram os assuntos mais recorrentes na vossa conversa?**

M: Não aguentava! Não aguentava a situação! A sua imagem, a modificação que tinha operado a sua vida, o seu isolamento e, ao mesmo tempo, algum sofrimento físico, não é? Ele tinha tido várias infeções respiratórias! A incapacidade de ser ele, completamente dependente dos outros! Ele não suportava aquilo! Para além de temer, obviamente, morrer em asfixia!

**E: Era uma opção possível?**

M: Morrer em asfixia? Era! A maior parte destes doentes morre em asfixia! Quer por paralisia dos músculos respiratórios, quer por infeções respiratórias repetidas, não é? Ele teve várias! E esteve várias vezes internado! Aliás, numa das vezes, precisou de ser ventilado e eu revoltei-me com o médico: tu estás a ventilar um gajo que quer morrer? Porque toda a gente sabia! Ele já tinha anunciado que pretendia morrer, não é?

**E: Ai tinha? Ele não escondeu o assunto?**

M: Não dos amigos. Mas o médico que o assistiu, nessa altura, era um amigo dele e que sabia. E eu revoltei-me com o gajo! Então, bolas! Agora que era uma oportunidade ótima só para o sedar e a coisa ia...

**E: E ventilou-o? Chegou a ventilá-lo?**

M: Chegou a ser ventilado, o que é uma estupidez! Mas enfim. E tinha-me aliviado disto!

**E: Do peso! E de que forma é que, depois, o doente acabou por formular o pedido?**

M: Formulou sempre! Tantas vezes, tantas vezes, tantas vezes... Não era preciso formular mais vezes!

**E: Nunca houve alterações na forma como ele formulou o pedido?**

M: Não, não, não, não! Foi sempre insistente! Sempre insistente, sempre insistente! E nem lhe falassem em Cuidados Paliativos, não é?

**E: Ah, ele nunca aceitou Cuidados Paliativos.**

M: Não!

**E: Mas porquê?**

M: Pela razão que eu já te aponte! Cuidados Paliativos é pôr a malta a dormir. Dores? Ele não tinha muitas dores. Tinha uma ou outra dor, mas não era assim nada... Depois de ser amputado praticamente não tinha dores. Era o sofrimento psicológico! A existência! Estava farto de viver! Não queria viver assim!

**E: Ele tinha uma grande convicção?**

M: Sim, sim! Tinha uma convicção absoluta! Todos eles! Todos eles exceto a minha tia que, enfim, não deu tempo de se expressar.

**E: Recordar-se de quanto tempo, mais ou menos, é que se passou desde o início das conversações até à formulação do pedido explícito? Ou ele formulou-o diretamente logo desde o início?**

M: Como eu te disse, da primeira vez disse que não... que não queria que fosse eu. Sim, mas logo passados 2/3 meses, disse: [—], tens que ser tu! Não encontrou mais ninguém!

**E: E recorda-se de ele ter abordado outros médicos?**

M: Sim...

**E: E sabe o que é que eles disseram?**

M: Não tenho coragem, não consigo, é contra as minhas convicções, é... Não é fácil!

**E: E o pedido dele foi sempre explícito e persistente ao longo do tempo ou acha que se tratou de um pedido que foi sendo transitório? Ele modificou-o de alguma forma?**

M: Sempre a mesma coisa! Sempre, sempre a mesma coisa! Não mudou um milímetro para aí do discurso durante este tempo todo.

**E: Então foi sempre bastante persistente?**

M: Sim, sim! Sim, sim!

**E: Durante, mais ou menos, quanto tempo? Cerca de 1 ano?**

M: 1 ano! Foi isso que eu te disse. Mais ou menos, não te consigo dizer...

**E: E que razões é que, no seu entender, motivaram o seu amigo a dirigir-lhe este pedido para praticar a eutanásia? Acha que foi, sobretudo, o sofrimento existencial e o fato de não se rever na imagem pública atual que ele tinha?**

M: É a mesma coisa, o que estás a dizer! Essas duas coisas interpenetram-se, não é?

**E: Sim. Quais eram os principais motivos que, para ele, eram fundamentais para tomar aquela decisão de querer morrer?**

M: Era a imagem que ele tinha de si próprio! A imagem que ele tinha de si próprio, de... de... A modificação da imagem que ele tinha de si próprio, a mudança completa do estilo de vida e de convivência que ele tinha. A incapacidade de... de ultrapassar isso e sabendo, de antemão, que aquilo não tinha um fim! Não tinha um fim sem ser a morte, não é? Portanto, que o sofrimento ia aumentando... e, quer em termos psicológicos, como é



evidente!, como até em termos físicos! O risco de pneumonias, que ele teve várias, não é? E de morte em asfixia! Era evidente, não é? Agora, se era hoje, se era amanhã, se era daí por dois anos...

**E: Portanto, era sobretudo a imagem e o sofrimento associado a isso...**

M: Sim, sim, sim. O sofrimento, principalmente psicológico!

**E: De que modo é que acolheu o pedido que ele lhe fez? Como é que, no início, lhe respondeu quando ele começou por lhe dirigir esse pedido de eutanásia depois de lhe ter dito que não queria que fosse você a praticá-la?**

M: Quando ele me pediu, eu disse logo que sim. Claro!

**E: Portanto, como é que abordou o pedido de eutanásia? Deu-lhe uma resposta direta?**

M: Oh [—], olha, não encontro ninguém; vais ter que ser tu! E eu disse: pronto, podes contar comigo; se é isso que queres!

**E: E como é que tomou a decisão de aceitar esse pedido? Como é que pensou em fundamentar a sua decisão? E quem é que participou nesse processo decisório?**

M: [—] e um núcleo muito, muito, muito restrito de amigos. Eram só mais 1 ou 2. Não, mais 2 aliás! 1 que foi o que canalizou e outro que esteve presente.

**E: E para vocês decidirem em conjunto, como é que chegaram a esse consenso de o ajudar a morrer?**

M: A decisão de o ajudar, já a tinha tomado. O outro colega que canalizou também concordava, mas não tinha coragem para o fazer. E o amigo, pronto... Acertámos as coisas: tu vais, então, lá de manhã, fazes a canalização e nós vamos para lá da parte da tarde. Combinámos assim.

**E: E [—] esteve presente?**

M: Estava em casa, mas não estava... estava na sala ao lado.

**E: Mas por vontade própria? Não queria estar presente?**

M: Claro!

**E: Recorda-se, ao tomar a decisão de o ajudar a morrer, das experiências mais positivas e negativas que viveu? O que é que faria de diferente se pudesse tomar a decisão que tomou novamente?**

M: Não, faria o mesmo.

**E: De forma mais eficaz? Por causa da primeira tentativa...**

M: Talvez com mais experiência! Não, mas... faria o mesmo. Aquilo é um processo extremamente simples, não é? Em termos de atuação é fácil. Não tem nada de complicado. A parte difícil é canalizar a veia. O estado emocional, geralmente, não é o melhor.

**E: Recorda-se do aspeto mais positivo e mais negativo resultante da experiência de ter praticado a eutanásia neste doente em concreto?**

M: Nele e nos outros! O positivo é ter correspondido à sua pretensão de uma forma justificada, consubstanciada. Não... não era uma vontadezinha, não é? O aspeto negativo é a carga emocional que teve para mim. Aquilo custa fazer emocionalmente, não é? Não é a mesma coisa que dar uma injeção a uma pessoa que tem uma angina!

**E: Claro que certamente não será. E recorda-se de ter tido necessidade de falar com alguém, e com quem, sobre os impactos pessoais e profissionais da sua experiência com este pedido de eutanásia?**

M: Profissionais já não tinha, porque eu já não exercia, como é evidente! Familiares também não teve muita, porque ele [—]. O problema maior foi, de fato, a envolvimento, não é? Os amigos! Era uma pessoa que preenchia a vida de muita gente, não é? De muitos amigos! Daqueles que não se tinham afastado, ainda. Que não o tinham esquecido. Ele era uma pessoa extremamente importante para nós!

**E: E vocês, entre si, partilharam essa experiência?**

M: Ui, sim... sim... Sim, sim! Partilhámos, até porque tivemos que combinar.

**E: Sim, mas sentiram necessidade depois de conversar e de refletir sobre isso? Ou preferiram esquecer?**

M: Esquecer não esquecemos, como é evidente! Mas não é assunto que a gente voltasse a falar.

**E: Mesmo quando se encontraram?**

M: Mesmo quando nos encontrámos sozinhos. Quer dizer, nunca mais falámos sobre isso, sobre o ato. Sobre ele falamos constantemente e relembramos sempre no dia em que morreu. E não sei quê, e tal... Somos quase como Os Amigos de Alex! (*risos*)

**E: Mas sentiu que foi um assunto sobre o qual todos, sem terem combinado não falar mais sobre o assunto, estabeleceram um acordo tácito de não lembrar?**

M: Não combinámos nada! Não havia acordo nenhum! Cada um tem um comportamento que teve espontaneamente. E, de fato, não me recorde de alguma vez se ter voltado a falar sobre o ato.

**E: Mas antes de vocês terem deixado de falar sobre o assunto, referiu-me que chegaram a conversar sobre isso.**

M: Antes!

**E: Ah, depois nunca mais conversaram?**

M: Nem uma palavra!

**E: E não obstante isso não ter afetado a vossa relação.**

M: Pelo contrário, reforçou-a!

**E: Reforçou! Portanto, nunca mais voltaram a tocar nesse assunto?**

M: Nem ao de leve!

**E: Consegue entender porquê? Ou acha que não?**

M: Acho ser desnecessário estarmos a reviver um período que... que nos custou! Aquilo custou muito!

**E: É isso que eu lhe ia perguntar: se o fato de ter recebido esse pedido de eutanásia e de ter respondido afirmativamente àquilo que lhe foi pedido, praticando o ato em si, se isso o afetou emocionalmente?**

M: Muito! E a todos eles! É claro que às pessoas mais íntimas afetou mais. Claro, mas... O ato em si é um ato doloroso para quem o pratica. Quando existe um grande envolvimento afetivo, custa mais porque é pormos o fim da vida a uma pessoa de quem nós gostamos. Apesar de sabermos que é para bem e que é o que ele quer, e não sei quê, é sempre muito difícil! É doloroso. Geralmente chora-se depois disso...

**E: De alívio?**

M: Sei lá! É uma tensão de tal forma intensa que, quando a coisa acontece, já está! Epá, e a malta desfaz-se!

**E: E foi isso que vos aconteceu naquele quarto?**

M: Aconteceu-me sempre! Aconteceu-me sempre! Aconteceu com o meu amigo que me ajudou em relação ao meu amigo, aconteceu em relação à minha amiga que ajudou no primeiro caso da minha amiga de infância, com a minha tia não aconteceu tanto, tem graça! Se calhar porque, enfim, já estava sem esperança de vida mais prolongada. E aconteceu com os outros dois, com os familiares que assistiram, não é?

**E: E antes de ter praticado a eutanásia, quando já tinha a veia canalizada, ele disse-lhe alguma coisa?**

M: Vamos a isto! Epá... É espantoso! Quer um quer outro, que eram as pessoas mais diferenciadas. Com uma calma! Uma dignidade! Uma coisa assombrosa! Sem queixume, sem... Enquanto que os outros, não: ai, ai... isso tem que ser... isso custa-me tanto... mas, infelizmente, vai ter que ser! Os outros não! Como se fossem daqui, fossem ali tomar café ali ao lado. Impressionante, impressionante! Se calhar isso também ajuda... também afeta... ainda reforça mais o aspeto emotivo. Estás a ver?

**E: Claro! Porque para a pessoa...**

M: Mas com uma dignidade perfeitamente espantosa!

**E: Impressionante.**

M: Eram pessoas de grande qualidade!

**E: Era isso que eu lhe ia perguntar: se me podia descrever a sua relação com o doente. Já percebi que era seu colega de profissão e que, para além disso, era seu amigo. Que relação é que tinha com ele?**

M: Éramos manos! Éramos manos! Era... Eu gostava tanto dele como gostava dos meus [—]. Era uma relação extremamente íntima, não é? Nada de homossexualidade! Claro que nenhum de nós era... (*risos*)

**E: Sim... é no sentido de afeto, de querer bem.**

M: Exatamente! Isso éramos um para o outro. Epá tudo o que fosse necessário, estávamos lá, não é? Sempre, sempre, sempre, sempre! Desde... sei lá. Eu conheci-o ainda... ainda [—] e, depois, fomos os dois para... para Medicina. Ele atrasou-se e houve ali um período em que... em que nos afastámos um pouco mais, mas depois de sermos [—]... Portanto, desde [—] até... até há [—] [> 10] anos.

**E: Há bocadinho disse-me que ele era uma pessoa extremamente diferenciada. Podia-me descrever um bocadinho mais detalhadamente que tipo de pessoa ele era?**

M: Então... Ele era uma pessoa que cultivava muito o convívio. Cultivava! E cultivava naturalmente! Gostava de ter a casa sempre cheia de gente. Era uma pessoa que centralizava sempre as atenções todas, porque ele tinha uma cultura espantosa. Cultura de caráter geral! E era extremamente inteligente. Tinha uma conversa muito fácil, discorria sobre múltiplos assuntos e, politicamente, ele tinha sido de esquerda e depois... e agora, ultimamente, estava a tender um bocadinho para o centro. (*risos*) Mas nós discutíamos os assuntos abertamente.

**E: Portanto era uma pessoa diferenciada e culturalmente apetrechada.**

M: Sim, sim... invulgarmente apetrechada! Invulgarmente apetrechada!

**E: Sociável, pelo que eu percebi do seu gosto pelo convívio.**

M: Absolutamente! Ele não conseguia viver sem convívio. Tinha a casa sempre cheia! [—]

**E: Então quando eles desapareceram deve ter sido um trauma!**

M: Foi uma coisa horrível. Mas para as pessoas também começou a ser muito difícil... a custar muito vivenciar aquele sofrimento dele. Porque ele expressava aquilo constantemente, não é?

**E: Mesmo ao círculo de amigos mais alargado?**

M: Sim, neste último ano de vida, não é? Mais alargado não era preciso, porque ele tinha um grande número de pessoas que lá iam, não é? E, depois, não sei dizer se eram mais íntimos, se eram menos íntimos também... Porque ele tinha grande intimidade com uma data deles, não é? Mas ele expressava claramente o querer pôr fim à vida! Isso, sem o mínimo constrangimento!

**E: Portanto, você classifica a sua relação com ele de uma forma muito próxima, muito íntima.**

M: Sim.

**E: Como disse: de manos!**

M: Exatamente! Exatamente!

**E: Desde... desde muito cedo!**

M: Sim, desde [—]. Principalmente desde [—]. Inicialmente muito... Quando éramos miúdos e tivemos uma atividade política [—], em conjunto e tal... Portanto, tínhamos uma grande... E, depois, mesmo na faculdade muitas vezes... frequentemente estudávamos em conjunto. Mas depois afastámo-nos um bocadinho, já nem sei porquê...! Mas, depois, retomámos de uma forma muito intensa ali em [—]. Mas muito intensa! Quando um ia para [—], o outro ajudava [—]. No [—] fizemos parte de [—] sempre em grande colaboração!

**E: Mas havia também uma relação extraprofissional, claro.**

M: Ah, sim, sim! De amor! Aquilo era mais que amizade, era amor!

**E: Pensa que o pedido de eutanásia que ele lhe dirigiu alterou, de alguma forma, a sua relação com ele?**

M: Não, nada... Pelo contrário! Não sei se pelo contrário... Não sei se ficou mais forte.

**E: Não reforçou?**

M: Talvez tenha reforçado! Mas é difícil, porque já éramos tão íntimos! Não sei se... Mas houve ali um envolvimento afetivo evidente!

**E: E acha que esse envolvimento afetivo aumentou ou que a vossa relação se intensificou pelo fato de ele perceber que iria ter em si uma pessoa que o ia ajudar a terminar a vida?**

M: Sim, sim... Talvez sim! Talvez sim!

**E: De que forma é que acha que isso alterou a vossa relação?**

M: Não alterou em nada! Não alterou em nada! Como tu dizes, apenas, talvez tenha reforçado... Nem sei, tenho dúvidas se reforçou ou se... Afastar, não afastou de certeza! Reforçou por estarmos a partilhar um segredo! Talvez uma coisa assim deste género, não é? Quer dizer... Agora, em termos de relacionamento interpessoal, não afetou absolutamente em nada!

**E: E que interações é que teve com a família do doente? Disse-me que, sobretudo, era com [—].**

M: [—] era a única pessoa! Como família era só [—]! O resto eram amigos.

**E: E como é que [—] dele se sentiu relativamente ao pedido que ele lhe dirigiu?**

M: Inicialmente, rejeitando-o. E, depois, acabando por ter que aceitar, porque aquilo era de tal forma insistente, que [—] não tinha alternativa se não aceitar! E... Colaborar, não colaborou. Mas esteve presente, não é? Acatou a vontade dele.

**E: E ela não manifestou nada, nem antes nem depois de ele lhe ter feito o pedido?**

M: Manifestar o quê? Se estava contente, se estava [—]?

**E: Não, se [—] não teve nenhuma conversa em que expressou aquilo sentia.**

M: Inicialmente... inicialmente expressava, quer dizer, a sua... a sua oposição e... Mas isso não foi assim também durante muito tempo. Porque, ao fim de um certo tempo, percebeu que não havia nada a fazer se não acatar. Porque não podia estar a contrariá-lo e a impedir a vontade dele. Porque [—] também é uma pessoa diferenciada, não é?

**E: E [—] também nunca mais falou consigo sobre isso?**

M: Nunca mais falámos. Nunca mais falei com ninguém a não ser contigo!

**E: A sério? Nunca tinha falado com ninguém antes sobre isto?**

M: Uma [—] suspeitou, porque me conhecia, não é? Suspeitou, mas nunca houve uma conversa assumida sobre o assunto. Nunca falei! Nunca mais falei com ninguém!

**E: Obrigada pela confiança, que eu não vou defraudar! Agora, deixando de lado o contexto do pedido específico em relação a este caso em particular, queria saber qual é a sua perspetiva pessoal sobre a morte medicamente assistida. De que forma é que quer o suicídio medicamente assistido quer a eutanásia se enquadram na sua perspetiva sobre o seu papel de médico?**

M: Enquadram-se perfeitamente! Enquadram-se perfeitamente! Se é a vontade de um doente que sofre sem esperança. E isto do sofrer sem esperança de uma pessoa consciente e que tenha a mínima diferenciação, se tem um pedido persistente e coerente sobre a sua pretensão, quanto a mim, enquanto médico, ao contrário do que diz o código deontológico, eu devo ajudá-lo! Não posso alhear-me: não, se quiseres vai-te matar lá para o raio que te parta e não sei quê. Não, não! A gente não pode abandonar uma pessoa que está nestas condições, tem que tentar aliviar o sofrimento. Se é com Cuidados Paliativos, se o doente aceita e não sei quê, com certeza! Mas se o doente insiste de uma forma coerente, se ele pretender morrer, é a função do médico! De quem é que há de ser? Não pode é dizer: ah, então, suicida-te! Isso é abandonar o doente, que sofre. Por amor de Deus, ninguém me peça isso!

**E: Portanto, acha que se enquadra...**

M: Por amor de Deus, disse eu! (*risos*)

**E: Portanto, tendo em consideração que recebeu mais do que 1 pedido até, recebeu 4...**

M: Mais! Recebi mais! Recebi mais, mas os outros não me convenceram!

**E: A experiência com a receção de pedidos genuínos de eutanásia alterou, de alguma forma, a sua perspetiva sobre a prescrição ou a administração de fármacos em doses letais no futuro?**

M: Não. Reforçou a ideia de que... de que é para avançar! E quanto mais depressa, melhor, em termos de legalização, de reconhecimento. Acho que foi útil, que foi bom para o doente. Quem sou eu para julgar! Quem tem que julgar mais é o doente, eu só tenho que acreditar na convicção do doente!

**E: E, portanto, o que eu lhe queria perguntar era precisamente isso. Ou seja, se o fato de ter-se confrontado com essa realidade da recepção de pedidos de eutanásia alterou, de alguma forma, a sua perspectiva sobre a morte medicamente assistida.**

M: Não, já a tinha... Já a tinha. Isto só reforçou, em termos de vivência própria, que... que... que, sim senhor, que é uma atividade ou que é uma ação que compete ao médico como ajuda para o doente. Esta perspectiva de ajudar a acabar com um sofrimento atroz, sem esperança! Esta é... Estas são as balizas para a realização da eutanásia que é, no fundo, um conceito que eu já tinha anteriormente. Não tive que... Realizei-o!

**E: Portanto, alterou num sentido positivo. Ou seja, ainda reforçou!**

M: Sim... Sim, porque tive a comprovação ou tive a consciência ou tive a convicção de que tinha atuado de uma forma correta para o alívio do sofrimento de alguém que me tinha expressado essa intenção. Portanto, pois... reforçou!

**E: Portanto, nesse sentido reforçou.**

M: Reforçou, exatamente!

**E: Acabámos a entrevista propriamente dita, mas eu queria-lhe fazer mais uma pergunta. Se conhece, para além de si, mais algum outro médico que também tenha sido solicitado por um doente para lhe prestar auxílio no suicídio ou para praticar a eutanásia.**

M: Essa pergunta é complicada... Essa pergunta é complicada. Não, não me atrevo a... Desculpa lá, mas não me atrevo a... Mesmo em termos confidenciais, eu não...

**E: Não, não, não. Eu não quero que me diga quem foi. Eu quero que me responda se conhece ou não conhece!**

M: Ah, conheço! Então... Não sou caso único! (*risos*) Claro que conheço, mas não... não posso é entrar... é impensável... não.

**E: Pronto e queria agradecer-lhe a entrevista, porque de fato cobriu uma série de assuntos com os quais é difícil uma pessoa lidar... e queria-lhe agradecer por isso!**

M: Foi um prazer! Só te peço é que, de fato, tenhas muito cuidado com os pormenores, principalmente em relação a este meu amigo, porque qualquer pormenorzinho identifica o gajo! Percebes?

**E: Percebo e eu vou ter esse cuidado!**

M: (*silêncio*)

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO MÉDICO M8**  
**[M8, Masculino, ≥ 60 anos, Nefrologia]**

**E (entrevistadora): Em primeiro lugar queria agradecer-lhe o fato de ter aceite participar no estudo. E gostava de começar a conversar consigo numa perspetiva de contextualização da sua formação académica e da sua experiência profissional. Mas antes perguntar-lhe a sua idade.**

M (médico): [—] [≥ 60].

**E: [—] [≥ 60]. E gostava que me descrevesse, de forma sucinta, cronologicamente, o seu percurso académico desde a conclusão do curso até à da especialidade.**

M: Conclusão do curso [—]. Internato de Medicina e, portanto, ano comum... Depois foi aquele período que era confuso... Naquela altura em que mudava... Depois internato da especialidade em [—] de Medicina Interna. Mudança para Nefrologia em [—]. Internato de Nefrologia até [—]. Especialista, desde então, no hospital penso que em [—] no concurso para provimento de uma vaga de especialista. Depois em [—] ... em [—] não, [—]... Já não me lembro se houve um concurso administrativo para... para [—] ou não, mas... Portanto, porque os nomes vão mudando... Portanto, em [—] durante [—] anos. Voltei para o Hospital [—] em [—], [—] desde [—]. Desde [—] a [—] fui o [—] do Centro de Hemodiálise do hospital [—] e fui o [—] médico da Unidade de [—] do hospital [—]. E, no fundo, isto é o meu currículo.

**E: E queria-lhe perguntar se consegue encontrar alguns fatores para definir... ou que determinaram o processo de escolha da sua especialização ou da sua incursão na carreira médica.**

M: Carreira médica: [—], [—] também em Medicina. Ninguém sabe muito bem o que é uma profissão até a começar a exercer. Mas acho que não podia ser outra coisa! Embora goste muito de Arquitetura, mas provavelmente não tinha imaginação para ver as coisas no espaço. Embora goste muito de muita coisa, mas provavelmente médico é aquilo que melhor sou.

**E: E para a escolha da sua especialidade?**

M: Não havia Cuidados Intensivos, medidas de suporte de vida, quase em Portugal. Aquilo que mais se aproximava, na altura, era a Nefrologia. Portanto, quando houve oportunidade de abrir a especialidade no hospital [—], naquele período confuso depois do 25 de Abril, deram assim umas vagas a mais e nós pudemo-nos transferir. Portanto, toda a... todos os colegas que entrámos para a especialidade de Nefrologia vieram da Medicina Interna. Estávamos todos em Medicina Interna e mudámos todos para Nefrologia.

**E: E tem algum fator que considere... porque se aproximava dos Cuidados Intensivos?**

M: Porque tinha medidas de suporte de vida. Era uma técnica que não existia praticamente em Portugal! Portanto, não havia unidades de hemodiálise nem havia hemodiálise sequer neste hospital. Mas era aquilo que era mais próximo de Cuidados Intensivos.

**E: Por gosto pessoal, portanto.**

M: A gente começa em Medicina... A gente acha, quando está a tirar o curso, que vai curar pessoas. E, depois, descobre que raramente cura doenças, tirando as infecto-contagiosas. E mesmo essas começaram como uma especialidade em que as meningites se tratavam, as pneumonias se tratavam, as febres tifoides se tratavam e os doentes curavam-se. E, depois, começaram a apanhar com as hepatites B. E, depois, apanharam com a Sida e passaram a viver com doenças crônicas em vez de viver com doenças agudas, curáveis ou que se perdia ou se ganhava o doente se conseguissem ter o diagnóstico. E, tratando com antibiótico dirigido, curava-se. Se não corria-se o risco de perder o doente. Os Cuidados Intensivos têm essa parte que é compensadora, que é da... de ter-se a sensação que se dá vida, que se mantém as pessoas vivas, que se consegue salvar pessoas. Provavelmente é o que os cirurgiões sentem.

**E: Queria que me falasse relativamente à sua experiência profissional enquanto nefrologista e sobre as principais características do universo de doentes de quem tem cuidado ao longo da sua vida.**

M: Não sei o que é que me está a perguntar. Em termos práticos, que características é que têm os doentes renais? São doentes crônicos, a maior parte deles. Raramente curam ou podem curar mas, muitas vezes, ficam com uma reserva funcional. O rim é como qualquer outra parte do organismo, envelhece. E, portanto, nós cada vez temos mais doentes crônicos velhos por envelhecimento de todo o organismo e do rim também. Temos medidas de suporte de vida. Eu vi doentes morrerem em insuficiência renal por não haver hemodiálise neste país. Ainda sou desse tempo. 30, 40 anos, 50 anos, com filhos pequenos. Sabermos que havia uma alternativa terapêutica que não existia em Portugal e vê-los morrer à nossa frente... E não se morre depressa em insuficiência renal crônica, demora-se uns dias a morrer! Portanto, não é uma... não é uma morte agradável. Só no fim é que deixa de se estar lúcido. Mas tem essa parte, primeiro, de uma relação crônica com um doente. E eu, ontem, na consulta tive um doente que era meu doente há [—] [> 30] anos. Portanto, os doentes muitas vezes ficam... Têm doença renal, o rim estraga-se, opera, fica estabilizado, uma diminuição da função renal e, depois, eles continuam a ligar. Portanto, a gente tem doentes... Não temos muitos doentes, agora começamos a ter mais, mas não temos muitos doentes. Temos, muitas vezes, doentes muito tempo. Eu tive doentes que eram meus doentes na consulta, foram meus doentes na hemodiálise, depois foram meus doentes no transplante, ao longo de mais de 20/25 anos de vida. E isto dá uma perspetiva em termos de... da doença e da progressão da doença que poucas especialidades têm.

**E: Um acompanhamento muito maior, penso eu, dos doentes.**

M: Não tem que ser muito maior, porque a maior parte do tratamento depende do doente. Pela boca morre o peixe! O tratamento da insuficiência renal crônica é basicamente: primeira medida é dietética. Controle da tensão passa pela restrição de sal. Eu acredito que a progressão da doença tem a ver, entre outras coisas, com a quantidade de proteínas que nós comemos. E, portanto, a dieta e a... e a atividade física são as três coisas mais importantes para atrasar a progressão da doença renal. Depois há as coisas marginais, o ácido úrico alto...

**E: Disse-me duas: a alimentação...**

M: A alimentação e a atividade física são os bons hábitos! Depois tem a parte que compensa, que é a mais divertida, porque os doentes cumprem mal, como é evidente! A parte mais... deixar de fumar é fundamental! O tabaco... Ninguém fala nisso, mas o tabaco é tóxico para o rim. Está claramente demonstrado que quem fuma tem doença renal e a doença progride mais depressa do que quem não fuma. Depois temos a compensação do doente que entra pela urgência, que está a morrer e que a gente consegue salvar pondo em hemodiálise, não é? Portanto, essa é a parte mais divertida, chamemos-lhe assim. A Nefrologia tem uma coisa que tem a ver muito com Medicina Interna. É que temos o grau extremo de tudo da Medicina Interna. Entre a diálise em que a gente mantém um doente vivo durante muitos anos e depois tem a repercussão na pele, no coração, nos tumores, no tubo digestivo, nos ossos. Em todos os órgãos da doença renal. E, depois, temos o lado do transplante com a... com a morbilidade das infeções e da... dos tumores, também. Portanto, a gente... E da imunossupressão. Nós temos o grau extremo de tudo o que a Medicina Interna vê. E, portanto, nós acabamos por ser razoáveis internistas, estando numa especialidade, porque vemos o que os outros veem em pequenas quantidades. Provavelmente os endocrinologistas veem alguns hiperparas... hiperparatiroidismo. Nós provavelmente vemos 10 vezes mais hiperparatiroidismos do que eles, porque eles vêem os primários, nós vemos os secundários. Todos os secundários dá insuficiência renal crónica. Portanto, a nossa experiência de ver lesões ósseas num hiperpara não se compara com os endocrinologistas, por exemplo. Ou os internistas, que veem uma, por acaso, durante a vida... ou duas durante a vida. Portanto, nós vemos tudo num grau muito extremo. Desde da cardiovascular, da doença cardíaca, da insuficiência cardíaca, da... dos AVCs, da hipertensão, das demências... nós vemos o que eles não veem em graus extremos. Portanto, a Nefrologia é uma espécie de bolo em que a gente vê tudo muito concentrado, porque vive com os doentes em diálise muitos anos. 10 anos, 15 anos, 20 anos... E, portanto, eles também vêm a desenvolver toda a patologia de substituir um órgão, mal substituído, mas mantido vivo durante muito tempo.

**E: Portanto, considera a sua experiência muito rica a esse nível, eu diria.**

M: É. Em termos de Medicina Interna é.

**E: E qual é o aspeto que realçaria mais da sua experiência profissional?**

M: Viver muitos anos com os doentes, ter um grupo de doentes que são estimulantes, que são! Tenho muitos doentes com uma patologia que é o Lupus, que é tratável e controlável a maior parte das vezes. E que é compensador, porque são... é população muito jovem. Temos as... as medidas de suporte de vida, que é largamente compensadora. Quando a gente, sobretudo nos agudos, em que a gente lhes consegue devolver a saúde ou mantê-los vivos. Portanto, e tem a... o grau extremo de tudo o que os outros veem em Medicina. E tem a relação com os doentes ao longo de muitos anos.

**E: Eu queria-lhe perguntar também qual é o significado que atribui à sua experiência profissional. E, para além disso, quais são os contributos da sua experiência que dela têm resultado para a sua reflexão sobre a sua prática clínica.**

M: O ter acesso a uma técnica de suporte de vida põe esse problema mesmo! É que eu posso manter uma pessoa viva. Agora em Medicina, como no resto da vida, é tudo pôr no prato da balança. Há uma frase que os médicos dizem e sem pensar, porque é a linguagem quotidiana que é horrível, que é: vale a pena ou não vale a pena?; ah, não vamos fazer isto, porque não vale a pena!. É uma frase que é extremamente violenta para um doente. Agora, o contexto é muito este! Como tudo na vida, a gente tem que pôr o prato na balança, o que se ganha e o que se perde. Quando eu... quando eu decido que um doente tem que fazer uma colonoscopia ou uma coronariografia, a gente está a pesar o risco que o doente vai correr com o exame com o benefício, que eu espero ter uma informação, um diagnóstico para o vir a tratar melhor. Não... isto não é diferente do decidir comprar uma casa ou não comprar uma casa. Tenho despesas que eu vou fazer e vale a pena ou não vale a pena mudar para uma casa maior? Porque tenho mais quartos para as crianças ou... ou... ou... No fundo, esta é uma questão de uma coisa rara, que é o bom-senso. O bom senso é uma qualidade rara no mundo, ao contrário do que as pessoas pensam. Mas a Medicina passa muito, muito por isto. E o grau extremo é: vale a pena manter uma pessoa viva? Como no extremo que é o extremo absoluto, é: até que ponto esta pessoa, que me entra pelo banco, que está neste estado confusional, que está num lar..., que está toda encarquilhada, dobrada e que não tem vida de relação, até que ponto é que eu lhe vou oferecer alguma coisa quando a mantenho viva com uma técnica de suporte de vida que é a hemodiálise. E esse é o grau extremo, não é? É a decisão de deixar morrer ou não deixar morrer uma pessoa quando se tem uma técnica de suporte de vida.

**E: E dentro deste contexto do vale a pena ou não vale a pena, isso tem-lhe colocado questões para a reflexão? Isso tem-lhe levantado... porque são decisões nas quais o bom-senso deve imperar, mas é uma decisão, normalmente, nunca solitária.**

M: Há dois extremos na decisão: um, uma autonomia do médico. Da mesma maneira como um doente não pode chegar ao banco e dizer: eu tenho uma apendicite, quero ser operado! É uma decisão do cirurgião, se acha que tem uma apendicite, ou não, e que vai abrir. Eu tenho o direito de decidir se faço ou ponho um doente em diálise ou não. Se acho que não se justifica, tenho o direito de decidir. É evidente que aqui entramos, primeiro, na... no terreno com que os portugueses vivem... a legislação portuguesa vive, que é sempre muito ambígua. Segundo, com a agressão que isto significa para uma família também. Portanto, quando eu digo que a decisão, esse tipo de decisões, a gente tenta-as tomar de uma forma partilhada, não é libertar responsabilidades. É ser... não olhar só para o... para a pessoa. Ou seja, sem ser pejorativo, para aquela... que aquilo que foi uma pessoa e que já praticamente não é, porque não tem grandes funções intelectuais. Mas também o que isso pode significar de violência para uma família. Até de... em formas extremas! Suponha que só depende... Aquela família depende de uma situação económica, da reforma daquela pessoa que está ali viva e, se ele morre, deixa de ter direito a essa reforma. Os extremos a que, depois, isto nos leva, às vezes, são muito grandes, não é?

**E: E isto, para si, tem-lhe interpelado o pensamento?**

M: Não, eu acho que tenho as ideias mais ou menos arrumadas. São decisões que são tomadas no dia-a-dia em relação à situação muito, muito, muito concreta daquele...

daquela pessoa e daquela família. E, depois, é uma questão de... de ser capaz de ser manipulador, mais ou menos manipulador em relação à própria família e em relação à própria pessoa. No sentido em contrário, porque há também doentes que dizem que não querem entrar em hemodiálise de maneira nenhuma e que nós temos que convencer e ser manipuladores para os convencer. E não acho que seja... não acho que... não. Posso-me sentir angustiado de não conseguir convencer um doente que eu acho que valia a pena manter em hemodiálise e não consigo convencê-lo e pôr-se em hemodiálise. Na prática, isso praticamente não acontece. Mas isso causava-me sofrimento. As decisões em relação a não fazer ou suspender, de uma maneira geral, a maior parte das vezes não são difíceis. Desde que a gente tenha as ideias arrumadas, quer dizer... Eu acho que para aquilo que eu vou oferecer, não vale a pena. Tenho sempre o... o... o caso inverso. O primeiro doente que eu disse à família que não... que achava que era melhor não pôr em hemodiálise, pô-lo em hemodiálise porque a família quis, recuperou, viveu mais [—] [> 3] anos. Era um homem que tinha montes de negócios, teve tempo para se divorciar da mulher, tinha [—] [> 80] anos também, casar com a namorada de [—]... que tinha há [—] [> 30] anos, reorganizar a vida e... e morreu. Portanto, a gente tem sempre, às vezes, há... Os erros de valorização, às vezes, também nos levam a... a perceber que as coisas não são tão taxativas e que, naquele caso, ele estava mesmo era em coma urémico por... por... e o quadro não era um quadro demencial arrastado. E, por isso, foi a razão que, apesar de tudo, a gente o pôs em diálise. Isto começou... Ele estava bem há [—] [> 10] dias, estava a trabalhar, tinha... estava a fazer os seus negócios. Pronto, a gente olha para ele e não acredita, mas... mas, depois, percebe que era verdade.

**E: Essas recuperações quase miraculosas têm sido...**

M: Não são frequentes. A maior parte das vezes, destas decisões, quando digo que a maior parte das vezes não tenho dúvidas, é isto que eu lhe digo. É um doente que está num lar, acamado, encarquilhado, todo dobrado e espástico e sem se mexer, sem vida de relação... essas decisões são relativamente fáceis. Eu não sei o que é que se passa dentro daquela cabeça, mas se aquela cabeça está boa dentro daquele corpo, está surdo e que não comunica, é seguramente muito, muito, muito, muito, muito, muito infeliz.

**E: O que é que, para si, tem sido mais significativo ao longo da sua experiência profissional enquanto médico.**

M: Não sei o que é que quer dizer com isso. O que é que me está a perguntar?

**E: Ao que é que atribui mais importância nos anos todos de trabalho que tem com estes doentes?**

M: O que é que atribuo mais importância em que sentido? Não percebo.

**E: Para si, pessoalmente, o que é que tem sido mais significativo, mais importante?**

M: A relação com os meus doentes. Com a maior parte deles é boa. Ter a sensação que sou útil e que consigo, de certa maneira, dar-lhes um bocadinho mais de saúde. Há doentes que foram minhas doentes com 14/15 anos, que agora são mães de família e que, apesar de tudo, eu tive a sensação que valeu a pena. Porque tinham situações em podiam ter acabado em hemodiálise, nessa altura em que a gente conseguiu salvar aquele rim, e permitiu-lhes ter uma vida e continuar agora a viver como... como família, com crianças

crecidas, etc. Quer dizer, apesar de tudo... Grão a grão... O médico não é... o médico não é... não trata massas. O médico trata uma pessoa que tem à frente. Portanto, é todo o... todo o ato que faz é um grão de areia. Temos a noção disso! Quer dizer, eu não... eu não trato milhares de pessoas, não sou o homem que descobre uma vacina que permite salvar milhares de pessoas. A gente trata ou tenta tratar uma pessoa, um grão, um grão, um grão, um grão... Às vezes não tratamos nada e tratamos só ansiedade e angústia e o medo que as pessoas têm. Que, muitas vezes, muitos doentes que vêm à consulta vêm para a gente os descansar, porque estão preocupados que tenham isto ou que tenham aquilo e, no fundo, não têm nada. São vistos uma vez e vão-se embora, não é? Também há o aspeto... Porque, às vezes, não é só o físico que a gente trata, também há aspetos que são... E a doença do espírito e o medo que dá tanto... tanto ou mais sofrimento do que as doenças físicas, não é?

**E: E tem um efeito igualmente terapêutico, o seu descanso, provavelmente.**

M: Sim. Portanto, não tenho dúvidas que, às vezes, não tratamos só o corpo. Também tratamos o espírito.

**E: Queria, então, entrar agora na questão que me traz aqui relativa à sua experiência pessoal com pedidos de assistência médica ao suicídio e de eutanásia que recebeu ao longo da sua prática clínica. E gostaria que, recuperando a memória, me descrevesse, de uma forma concreta, todos os pedidos por si recebidos.**

M: Lembro-me que, da outra vez, tinha-lhe dito 1. Depois, na prática, foram 2. Como eu lhe disse, não foram expressos. Foram...

**E: Nem um nem o outro?**

M: Não foram: ajuda-me a morrer! Ninguém me disse: ajude-me a morrer! Foram percepcionados, se quiser, por... pelo conhecimento que eu tinha das próprias pessoas ao longo do tempo. Um como amigo e outro como meu doente. E, portanto, deu para perceber nas meias palavras o que é que me estavam a pedir. No fundo... Num foi... era claramente... Não era o pedido de... de eutanásia, era um pedido de lhe dar condições para ele se matar, mais do que eu dar-lhe condições... eu matá-lo. Portanto, não... não exigia um ato pessoal meu direto, exigia só um ato indireto que era dar-lhe acesso a determinadas medicações que lhe permitiam fazer isso. O outro também não foi expresso claramente, mas esse eu estaria disposto... um amigo meu, a... a... a ajudá-lo a morrer, sendo ativo já que ele não o podia fazer.

**E: E, tanto num caso como no outro, quando me disse que eram indiretos...**

M: Eu não sou confuso. Sou muito confuso e sou pouco claro, às vezes, e portanto acabo por ser excessivamente direto. Eu fui claro a dizer que sim, que o fazia. Não fui meias-tintas. De tal maneira que forneci medicação a um doente e ao outro, não foi necessário, mas eu disse-lhe claramente que, se ele decidisse isso, eu o ajudava.

**E: Obviamente que conhecer a pessoa é o fundamental para se conseguir perceber o que é que está a ser pedido sem ser dito explicitamente. Mas, não tendo sido dito, como é que, em ambos os casos, se apercebeu do que é que lhe estava a ser pedido?**

**E se me puder, individualmente, separar os casos e me explicar como é que chegou lá...**

M: Um, a posição em que se pôs era que eu sempre... que ele sempre tinha sido capaz de tomar as decisões da sua vida e de escolher os caminhos e de decidir o que é que queria fazer e como é que o ia fazer. E que, nas condições físicas, de dependência física em que estava, já não tinha essa capacidade. O outro...

**E: Esse era o amigo?**

M: Era o doente.

**E: O doente, sim.**

M: Amputado, já com... quase cego, portanto, com grandes limitações de... de autonomia. O outro tinha uma doença neuromuscular grave, com grandes limitações também, com algum sofrimento. O que lhe dava dor... tinha dor neuropática, portanto, que é uma dor provocada pela própria doença, tipo choque elétrico, se quiser dizer assim. Portanto, é uma dor que dá e que punha em causa se valia a pena continuar a viver assim e que, provavelmente, um dia teria que tomar uma decisão, mas que não tinha autonomia para... para, depois, a pôr em prática.

**E: E tanto no primeiro caso como no segundo... No segundo caso referiu-me que, sobretudo, a questão era o fato de não ter autonomia e não ter no fundo...**

M: Qualidade de vida. De qualquer um deles era qualidade de vida. Até que ponto é que vale a pena viver quando... quando já não se tem o mínimo de qualidade de vida e se está a representar, cada vez mais, uma sobrecarga para a... para a família?

**E: E como é que eles o interpelaram, tanto num caso como no outro?**

M: Foi em conversa normal. Foi em casa... um foi em casa dele, o outro foi no hospital, numa consulta.

**E: Mas, se a pessoa não disse, como é que definiu ou como é que se apercebeu daquilo que lhe estava a ser dito?**

M: Com o meu amigo foi relativamente claro, ele quase que me disse. O outro, eu perguntei-lhe.

**E: Quase claro, como? O quase é o quê?**

M: Eu vou precisar de ajuda...! Provavelmente, não sou capaz de dizer os termos exatos, mas foi qualquer coisa do estilo: eu, um dia, posso decidir que isto não vale a pena, mas vou precisar de ajuda. Foi uma coisa quase desse termo. Quer dizer, não me perguntou diretamente: eu quero-me matar... quero-me matar; ajudas-me?; como eu não sou capaz de me matar, ajudas-me? Não foi posto nestes termos. Mas foi posto: isto está quase a não valer a pena, um dia isto não vai valer a pena, o problema é que eu não sou capaz de ser autónomo para isso. E eu disse: se for preciso, eu ajudo! Uma coisa quase deste género. O outro não foi... Perguntei-lhe diretamente: mas o problema que está a pôr é a decisão se vale a pena continuar a viver ou não? Sim! Então, se for preciso, eu ajudo-o! Não o vou... não o posso fazer diretamente, mas posso-lhe dar medicamentos, fornecer medicamentos para, quando o decidir, o poder fazer. Fazia-me isso? Faça!

**E: E como é que ele chegou até si para lhe fazer esse pedido?**

M: É numa consulta. Era meu doente... era meu doente crónico no centro de hemodiálise. Vivía comigo há [—] [> 5] anos.

**E: E de que forma é que interpretou esses pedidos? Ou seja, para si, eles colocaram-lhe alguns desafios aos valores que acompanham a sua prática clínica? Sentiu que... Porque, em ambos os casos, não tendo sido explícitos, houve aqui uma necessidade de interpretar esses pedidos.**

M: Para mim foi suficientemente claro para, depois, sermos claros também na... na... na decisão.

**E: E, para si, colocaram-lhe alguns desafios, algumas complexidades?**

M: Não, não.

**E: Percebeu?**

M: Percebi. Desde que percebi, achei que tinham razão. Não havia nenhuma razão para... De certa maneira era a minha obrigação. Era... A um estranho, provavelmente, com quem não tinha uma relação pessoal de muitos anos, o ser capaz de ser eu a fazer eutanásia noutra pessoa teria sido, provavelmente, muito difícil. Naquela pessoa, que eu conhecia há mais de [—] [> 20] anos e de quem era amigo, não me fazia confusão. Se era a vontade dele, seria seguramente. Não, não... E estando ele limitado e não podendo ele fazê-lo, não... não me punha problemas nenhuns. Em relação ao outro, é o ladrão que fica à porta! Mas também não me fazia impressão nenhuma.

**E: Porque é que diz que é o ladrão que fica à porta?**

M: Porque eu não sou farisaico e eu assumir que estava a dar condições a um doente para se matar... não entrei, mas fiquei à porta. Não... não... não sou inocente quando o faço. De consciência tranquila! Não... não sinto... não sinto má consciência, não me põe problemas de, conhecendo-o como o conhecia e sabendo o que ele estava a passar e sabendo o que era, não me põe problemas nenhuns morais. Agora, para quem está de fora, não tenho dúvidas que sou o ladrão que fica à porta!

**E: Ah, estava a falar na perspetiva exterior. Do lado de cá!**

M: Sim. A mim não me faz confusão, mas a quem vê de fora, provavelmente, pode fazer.

**E: Sim. A alguém que esteja descontextualizado, é um fato.**

M: Mesmo sem estar descontextualizado, que tenha pré-conceitos.

**E: Sim, é verdade. Tendo recebido dois pedidos, não obstante de natureza distinta (um com uma implicação mais efetiva da sua parte e um outro mais na retaguarda, do ladrão que fica à porta), queria que fizesse uma retrospectiva de ambos os pedidos recebidos e que me dissesse qual foi mais significativo, aquele que foi mais difícil para si.**

M: O do meu amigo por haver uma relação afetiva diferente.



**E: E porque é que o considera mais significativo ou mais difícil comparativamente com o outro?**

M: Não é por ter uma atitude mais ativa. É, basicamente, pela relação afetiva que eu tinha com ele. Quer dizer, a gente aceita sempre que é uma... uma pessoa morrer é como partir, é perder uma pessoa, não é? Portanto, quando se tem uma relação de amizade, mesmo achando que se estava a fazer o melhor para essa pessoa, vai partir, vai-se perder, não é? Eu tinha uma boa relação com o outro doente, mas não tinha uma relação de amizade. Tinha uma boa relação médico-doente, tinha respeito por ele, gostava dele, mas não era amigo dele. Amigo é um bocadinho mais longe! Vai-se um bocadinho mais longe!

**E: Sim. Em qual dos dois casos se recorda de ter mais elementos, mais informação e ter sido, para si, embora ambos não tenham sido explícitos, o pedido mais explícito?**

M: O do meu amigo.

**E: É sobre o qual tem mais elementos na sua memória? Entre ambos, de qual é que se recorda mais?**

M: Por estranho que pareça recordo-me mais do doente. Eventualmente por bloqueio. Lembro-me do gabinete, lembro-me de como é que a conversa começou, lembro-me de... de começar a falar nas dificuldades físicas, de explicar como é que era, do que tinha feito na vida, do que é que... agora como é que se estava a sentir. Portanto, ele levou a coisa, de uma maneira indireta, até a um ponto em que eu perguntei-lhe se... se... Aliás, eu penso... penso que a conversa foi: neste momento, o meu maior desespero é sentir que a minha vida não depende de mim, que eu estou na mão de terceiros e que não posso tomar as decisões da minha vida. Qualquer coisa deste género: não tenho... não posso tomar as decisões da minha vida por mim. Perguntei-lhe mesmo: quer? Quer dizer: quer? está-me a dizer que, se... se quer ter as decisões da sua vida, há medicamentos, eu posso-lhos fornecer!

**E: É sobre esse caso que eu, de uma forma mais concreta...**

M: É evidente que um doente... Vamos lá ver! É evidente que um doente em hemodíalise tem sempre uma situação muito complicada. Porque um doente em hemodíalise, se não for à hemodíalise, morre. Portanto, qualquer doente em hemodíalise tem uma maneira de se suicidar, que é deixar de ir ao tratamento! Quer dizer, mas... mas há... mas aí há expressões depois. É a tal história: eu não vou mais à hemodíalise e a família fica em pânico e, quando está em coma, agarra nele e leva-o para a diálise. Portanto, não é efetivo nem tão eficaz! Mas... Como um diabético se se quiser matar, pode-se matar também, não é? É uma questão de não fazer insulina ou de fazer uma dose tal de insulina que... que lhe ponha a cabeça a zero e... porque o cérebro só funciona com açúcar e... e, se ficar muito tempo sem níveis de açúcar, a pessoa acaba por... o cérebro morrer, não é? Portanto, tem sempre a vida na mão. Na prática, as pessoas procuram outras alternativas. Não sei se ele o faria, mas o que ele queria ter na mão era o seu destino, quer dizer, tomar as decisões.

**E: Tendo em consideração a sua memória... Gostaria que escolhesse um dos casos, ou seja, o caso sobre o qual tem mais elementos na sua memória.**

M: É este.

**E: É o do doente. Então, relativamente a este caso, recorda-se relativamente à idade, à escolaridade, ao estado civil do doente. Recorda-se desse contexto?**

M: Dele? Casado... casado. Idade, [—] [> 50] anos. Licenciado em [—], uma coisa desse género... Provavelmente em [—].

**E: E recorda-se dos principais cuidadores? Ele estava a ser cuidado em casa, num lar?**

M: Ele esteve durante muito tempo em casa. Penso que, quando foi esta conversa, ainda estava em casa com a mulher. Vivía só com a mulher. Tinha uma filha e tinha uma neta. Só tinha uma filha. Pouco tempo depois foi... foi para uma instituição, porque já não tinha condições de estar em casa. Quer dizer, com a amputação, com a dificuldade da deslocação em cadeira de rodas, com a baixa da visão, estava muito limitado e, portanto, acabou por ir para um lar. Ele, na fase final, antes de ser, já tinha... tinha uma amputação de uma perna acima da coxa e outra abaixo do joelho.

**E: A filha era cuidadora, de alguma forma, ou era só a mulher?**

M: Não. Era só a mulher.

**E: E, quando ele foi transferido para o lar, já foi muito tardiamente ou tinha...**

M: Ai não, já tinha... já tinha, pelo menos, 10 anos de hemodíalise e já estava... É assim, agora estou-lhe a dar dados de que já não tenho certezas. Mas, provavelmente, já estava amputado das duas pernas há mais de um ano. Quando foi amputado de uma perna ele ainda usava prótese, depois de ser amputado da segunda perna ainda usou prótese, mas passado algum tempo, pela lesão dos próprios nervos, ele passou a andar de cadeira de rodas.

**E: E estas conversas foram surgindo ao longo do tempo?**

M: A conversa foi uma conversa única numa consulta, no gabinete. Foi na sala de diálise.

**E: É sobre essa conversa que eu gostaria de falar consigo. Mas, antes, queria só que me dissesse se se recorda do diagnóstico e do prognóstico dele, do doente?**

M: O diagnóstico era diabetes. Uma insuficiência... uma neuropatia diabética, mas uma diabetes com insuficiência renal. Era uma neuropatia diabética.

**E: E ele, na altura em que ele lhe fez, o pedido qual era o prognóstico?**

M: O prognóstico? Ele, nessa altura, devia ter para aí [—] [> 50] anos.

**E: Quando falou consigo sobre o assunto?**

M: Sim, sim. Portanto, devia ter, à volta, no máximo, 60. Não era mais velho que isso. E o prognóstico dele, a esperança de vida é variável. Porque estes doentes morrem do coração. E o fato é que ele já tinha [—] [> 5] anos... Eu posso estar a falar com uma pessoa em hemodíalise, ele sair da diálise e morrer passado 10 minutos de uma morte súbita por paragem cardíaca. Os doentes em hemodíalise, a maior parte deles morre de paragem cardíaca, depois por infeção e depois por tumor. Mas a causa maior é a paragem, a morte súbita, a paragem cardíaca.

**E: Foi o caso dele? Ele teve morte súbita?**

M: Ele não. Ele entrou em edema pulmonar. Deve ter feito um novo enfarte e foi levado do lar onde estava para o hospital [—]. Ainda o puseram em diálise, porque estava em edema pulmonar agudo, mas acabou por morrer durante a diálise.

**E: O que é que para si...?**

M: Ou sobrecarga ou enfarte agudo do miocárdio.

**E: E em relação à conversa em si? Como é que se apercebeu do pedido à medida que o doente foi indiretamente falando sobre o assunto. Que elementos é que ele lhe foi dando, fornecendo, para conseguir percebê-lo?**

M: A dependência. O ser... ter sido sempre autónomo e, a partir daquele momento, ele estar dependente e não ser autónomo e não poder tomar as decisões que queria sobre a sua vida.

**E: Mas como é que ele formalizou...?**

M: Assim! Assim: ao longo do tempo eu fiz isto, fiz uma empresa disto, fiz isto, optei por isto, juntei-me a fulano tal, depois afastei-me disto, soube tomar as decisões, sempre, da minha vida e organizar a minha vida e, agora, já não estou capaz disso, já não o posso fazer; estou dependente em relação às decisões da minha vida!

**E: Como é que ele avançou desse desabafo para uma conversa...?**

M: Mas a conversa foi esta!

**E: Então como é que se apercebeu que, para além disso, estava a ser-lhe pedida uma outra coisa?**

M: Primeiro, porque conheço-o! Conhecia-o e sabia as condições físicas em que ele estava. Eu penso que eu lhe cheguei a perguntar se... se me estava a falar em relação a decisões sobre a própria vida e a manter-se em hemodíalise ou não. Já não sou capaz de lhe garantir, mas tenho a sensação... ou... ou se lhe perguntei diretamente.

**E: Se clarificou**

M: Se clarifiquei! Mas penso que lhe perguntei. Não tenho a certeza, mas penso que sim.

**E: Nessa conversa, a pessoa falou da questão da dependência. E, depois, como é que surgiu a questão de: eu posso ajudá-lo? Recorda-se de lhe ter dito: eu posso ajudá-lo?**

M: Posso ajudá-lo, posso-lhe fornecer...

**E: Sim. Portanto, a pessoa desabafou e depois como é que surgiu a indicação de que ele poderia, eventualmente, precisar da sua ajuda?**

M: Ele não me pediu diretamente ajuda. Aliás, ele... Quando eu lhe disse: mas se precisar eu posso-lhe dar os meios para isso. Ele disse-me: mas está-me a dizer que me ajuda? Estou! Ele fez um comentário, qualquer coisa assim: você é fantástico! Uma coisa assim desse género... fez assim um comentário. Porque a conversa foi toda nesse sentido. Quer dizer, eu não sei exatamente... Houve qualquer coisa, mas... que ele disse... que eu disse:

mas eu posso-lhe dar as condições para tomar as decisões da sua vida nas suas mãos e fazer o que quiser; posso-lhe dar medicamentos para isso. E ele disse-me qualquer coisa: mas você fazia-me isso? Fazia! Você é fantástico! Ou... Não acredito, o que me está a dizer é ótimo! Qualquer coisa assim desse género.

**E: E depois, como é que foi?**

M: Depois, eu comprei-lhe os remédios e dei-lhos! Ele não os podia comprar!

**E: Nem com prescrição?**

M: Como é que ele, estando preso numa cadeira de rodas, ia a uma farmácia comprar medicamentos? Quando era transportado em ambulância, quer dizer...!

**E: Sim, a questão da dependência. Voltamos à questão da dependência. E qual é que foi a reação dele em relação aos medicamentos?**

M: Ficou muito feliz. Tinha outra vez a vida dele nas mãos. Eu não sei se ele o faria. Mas tinha as condições... aquilo que ele queria, que era ter a vida dele nas mãos dele.

**E: Recorda-se do que é que falaram? Porque eu gostaria de saber como é que, depois da questão da dependência, percebe que existe um pedido por detrás dessa questão?**

M: A dependência era o não ser autónomo para tomar as decisões da vida dele. Se queria continuar vivo ou não!

**E: Para mim há uma coisa que não está clara: como é que se apercebeu do pedido?**

M: Intuí! Acho que não... não foi mais claro que isso. Ele não me pediu para eu o ajudar a morrer. Ele, indiretamente, sugeriu. Eu penso que disse qualquer coisa para perceber se era verdade, nem tenho a certeza disso. E disse-lhe que lhe dava condições para isso, se ele o quisesse fazer. Mas não houve um pedido direto a dizer: se eu me quiser suicidar, ajuda-me? Não.

**E: Porque é que acha que, não tendo sido direto, havia um entendimento tácito daquilo que lhe estava a pedido?**

M: Havia!

**E: Porque é que acha que não houve necessidade de clarificar o pedido?**

M: Provavelmente, porque a gente já se conhecia relativamente bem ao longo dos anos. Eu via-o três vezes por semana quando estava no centro de hemodíalise. Eu vivia três vezes por semana, quatro horas, com [—] [> 15] doentes.

**E: Então percebeu claramente aquilo que lhe estava a ser pedido?**

M: Ao fim de [—] [> 5] anos, a gente já se conhece, não é? A ver-se três vezes por semana! Além das consultas... além das consultas, na sala de diálise.

**E: Tem a noção que percebeu claramente?**

M: Ah, sim, sim! E a prova... Eu fui relativamente claro a dizer que o ajudava e lhe dava medicamentos para ele poder fazê-lo se quisesse e ele perguntou-me: mas, fazia-me isso?

Fazia! E a reação dele de: ok, então sou outra vez... tenho outra vez capacidade para tomar as minhas decisões. Foi claro!

**E: Sim, houve aí um entendimento tácito por detrás de uma conversa não tão clara...**

M: Não foi tão direta quanto isso. Clara foi! A prova é que toda a gente se entendeu, mas não foi expressa.

**E: Sim, sim. E consegue encontrar alguma razão para que não tenha havido uma conversa mais direta?**

M: Eventualmente... Não sei, porque não lhe perguntei. Mas, provavelmente, os doentes têm medo de fazer as perguntas diretas, porque têm medo da reação dos médicos, de rejeição, de negação... Quer dizer, não é uma conversa... Para o lado... Veja do lado do doente! Não é uma conversa que se tenha facilmente, a não ser quando se tem alguma relação pessoal de longa duração. Mas, mesmo assim, provavelmente, as pessoas nunca sabem, do outro lado... nunca sabem como é que o médico vai reagir, se vai rejeitar, se vai ser agressivo, se vai ser: nem pense nisso, o meu dever ético proíbe-me completamente disso, como é que você se atreve a pedir-me uma coisa dessas? Veja o outro lado da... da...

**E: Sim, o medo da rejeição...**

M: Não sei se é essa a razão! Não lhe perguntei!

**E: Mas nunca se questionou porquê?**

M: Esse é aquele tipo de coisas que eu acho que não vale a pena estar a preocupar-me excessivamente!

**E: Não... Deve ter pensado nisso, na medida em que tomou a dianteira e lhe facultou a medicação.**

M: Eu penso neste sentido: para quê que eu vou gastar tempo a pensar em coisas que estão resolvidas?

**E: Hm... visão pragmática.**

M: É uma visão pragmática, mas oiça: mas, não vale a pena...! Não sou filósofo! Eu não posso dar-me ao luxo de ser relutante. O médico... Os resultados são... eu não digo mensuráveis, mas objetivos: curei, não curei; estabilizei, não estabilizei; melhorou, não melhorou; viveu, morreu. Os meus parâmetros são objetivos! Eu sou... Não faço exames para saber coisas. Faço exames com intenções de ter um diagnóstico e ter uma proposta terapêutica ou ter um prognóstico. Portanto, eu sou pragmático. Um médico se é filósofo e se não é pragmático, não... Quer dizer, não pode ser um poeta! Ali não pode... não há... Aqui não há poesias, há... há parâmetros objetivos aos quais eu tenho que responder. Tenho aqui um problema para resolver!

**E: Mas, neste caso, não é uma questão de objetividade. Aqui é uma questão de cumplicidade... no sentido positivo do termo, atenção!**

M: Portanto, não, está bem. Mas o que eu estou a dizer é que não vale a pena. Posso ficar a pensar meia-hora num doente que não percebo e que não consegui tratar e que me

morreu nas mãos e que não sei se eu errei ou se não errei. Quando eu percebo e a gente... E para mim foi claro e para ele foi claro, então porque é que eu vou gastar mais tempo a pensar em coisas que... andar a remoer? A filosofar? Não vale a pena! Nós temos uma moldura mental, cada um de nós. Eu vivo dentro da minha moldura mental e não estou muito preocupado nas molduras mentais dos outros, a não ser quando tenha repercussões.

**E: Claro. Recorda-se, para além dos assuntos que nós falámos, se houve mais algum tema sobre o qual conversaram durante essa conversa? Algum assunto que tivesse...**

M: Eventualmente... Antes disso... Portanto, a conversa foi... A conversa com um doente acaba por ser... Uma consulta acaba por ser sempre uma coisa complicada, porque eu também preciso de informação acerca do estado de saúde: tem mais falta de ar, menos falta de ar, tem dores no peito...

**E: Como é que estava o estado de saúde dele na altura que surgiu esta conversa?**

M: Igual ao que estava. Não estava pior do que estava. Do ponto de vista emocional, eventualmente, estava pior. Eu lembro-me dele na conversa... Portanto, no fundo é... A gente faz a revisão de sintomas de órgãos, a gente o faz sintoma de: mais cansado, menos cansado; apetite, não apetite; tolerância a...; de falta de ar durante a noite; dorme bem, dorme mal; capacidade intelectual. Quer dizer, no fundo, a gente faz um questionário sobre... E cada pergunta que eu faço, em função da resposta, as agulhas vão mudando. Se ele diz-me que tem uma dor no peito, essa dor como é que é? vai para o ombro, vai para o braço; é desencadeada pelo esforço, não é desencadeada pelo esforço; aumenta quando... quando apanha frio ou não aumenta quando apanha frio; dura muito tempo, dura pouco tempo. Portanto, nós temos umas chaves dentro da cabeça que, face a um sintoma, a gente sabe... a pergunta seguinte sai automaticamente. Porque ajuda-nos a perceber: esta dor é uma dor do coração, é mesmo do coração ou é... *(interrupção telefónica)*

**E: Queria-lhe perguntar quanto tempo se passou desde essa conversa até à morte do doente.**

M: [—] [> 2] meses.

**E: Ah, foi muito...**

M: Foi muito rápido.

**E: Dado que se tratou de uma única conversa e de um pedido implícito, eu queria-lhe perguntar qual foi a reação do doente, porque não houve uma persistência nem uma reformulação desse pedido ao longo do tempo. E, por não ter havido, quando lhe facultou a medicação, qual foi a reação do doente?**

M: Grato! Ok...! Não... Ele também era uma pessoa pragmática! Era um administrador, portanto, as coisas são para tomar decisões e da maneira que ele tinha dito: eu sempre tomei as decisões da minha vida! Acho que também não precisava de estar a dizer: Doutor, você é um anjo, estou-lhe extremamente grato! Não é contexto nesse sentido...

**E: Não é nesse sentido. Qual foi a reação dele ao perceber que cumpriu o que disse.**

M: Ok...! Talvez... Sentiu-se com menos peso em cima.

**E: Mas não verbalizou...**

M: Aliás, eu ficaria atrapalhadíssimo se verbalizassem. Os portugueses, ao contrário do que as pessoas pensam, não gostam de mostrar assim tanto os sentimentos, a não ser nos clubes de futebol.

**E: Eu não estou a falar só de sentimentos... Estava a falar mesmo da reação. Porque uma coisa é dizer que: eu vou fazer. E, depois, numa consulta seguinte, é revelar que fiz!**

M: Nem foi sequer na consulta. Foi depois numa diálise ou duas diálises depois, chamei-o ao gabinete e dei-lhe. Não é? Não... não... não havia... Eu era o que estava à porta a ver se chegava alguém. Portanto, a única coisa que eu fiz foi entregar-lhe. A partir daí, pronto... Quer dizer, mas não se agarrou a mim aos abraços! Não! Não é?

**E: Sim... E, depois, sentiu a necessidade de lhe explicar se ele precisasse de tomar, eventualmente, o que é que precisaria de fazer?**

M: Eu expliquei-lhe! Portanto, é isto!

**E: E ele pareceu-lhe atento? Pareceu-lhe claramente interessado?**

M: Sim, sim, sim! Sim, sim!

**E: E, quando lhe explicou, deu todas as informações...?**

M: Como se fosse uma coisa normal. Isto, vai fazer isto, isto e isto. Este... tem que ter em atenção, que isto não produz efeitos imediatamente. Isto demora... Este medicamento acumula e, portanto, é preciso algum tempo para acumular. Se tomar depressa demais, muitos, o que vai acontecer é... é que pode começar a sentir isto, isto, isto... Portanto, aquilo que eu lhe proponho é que tome nas refeições, assim, assim, neste período, entre tantos e tantos. Portanto, no período de intervalo maior da diálise. E o que vai sentir, quando acontecer, é que pode não sentir nada ou pode sentir isto e isto.

**E: E ele percebeu exatamente o que lhe estava a ser dito? Sentiu algum alívio da parte dele?**

M: Sim! Ok, agora já posso ser senhor da minha vida outra vez! A sensação é essa! Aliás, era aquilo que ele me tinha transmitido.

**E: Eu queria-lhe perguntar isso mesmo: qual era a motivação por detrás do pedido?**

M: Continuar a ser independente. Poder decidir a sua vida face à qualidade de vida, face ao sofrimento, ao valer a pena viver, ou não, e ao estar a sobrecarregar a família. Não havia depressão aqui! Não era um homem depressivo, não era uma decisão tomada num contexto de: eu estou deprimido. Estava perfeitamente lúcido!

**E: Pareceu-lhe uma decisão ponderada?**

M: Sim, lúcido! Assumido!

**E: E o principal, para si, era a questão da dependência e do autocontrolo sobre a própria vida?**

M: Para ele era. E a questão do sofrimento.

**E: Ou era a questão do ser um encargo?**

M: Não, acho que era: até que ponto é que isto... me vale a pena continuar nisto? O que é que eu estou a ganhar em estar vivo?

**E: E ele falava sobre essas questões?**

M: Falou daquela vez. Quer dizer, não entrou em pormenores acerca de se era rico, se era pobre, se... Tinha uma situação económica seguramente desafogada. Não tinha problemas económicos. Mas tinha sido um homem que tinha gozado a vida, tinha tido uma boa vida, era caçador, era capaz de discutir pratos, diabético, com o que quisesse... E os vinhos e as comidas e as galinhas, e onde se apanhavam galinhas, e o salmão da Escócia, pescado na Escócia é diferente do salmão... Portanto, era um homem que tinha sido... não digo sibarítico, mas tinha tido prazer na vida. E que, portanto, neste momento...

**E: Os principais desabafos dele eram precisamente nesse sentido?**

M: Não...! Sobre isto falámos naquela altura. Quer dizer, falámos muito sobre a doença, sobre as limitações que tinha, porque ia ser amputado, estava à espera da cirurgia e isso fazia parte. A maior parte das conversas ou eram sobre os prazeres da vida que a gente tinha em comum, ou não, os carros as motas, as... as... as... as viagens, as comidas, as coisas desse género em que ele tinha prazer. Ou sobre a própria situação médica e as decisões. Mas, depois, esta conversa foi praticamente uma vez. A gente percebe que começa a sentir-se excessivamente limitado, uma, duas vezes: tenho menos paciência, já... a minha neta já... vai lá, gosto imenso de a ver, mas já não sou capaz de estar com ela mais do que 1 hora porque fico cansado.

**E: O que é que era mais insuportável para ele querer ter acesso aos medicamentos?**

M: A decisão sobre poder decidir... poder terminar com a sua vida ou não. Ser autónomo! Quando tivesse feito... Em lucidez, quando achasse que não valia a pena, ser capaz de tomar a vida dele nas mãos dele.

**E: Parecia-lhe claramente definida essa decisão?**

M: Não sei se ele o faria. Mas acredito, com a qualidade de vida que ele tinha, que um dia ele decidiria fazer isso.

**E: Responder, eu sei como é que respondeu, porque já me disse que acedeu. Mas, na altura em que essa conversa foi feita, como é que sentiu que poderia abordar o assunto? Como é que acolheu esse pedido de assistência médica ao suicídio?**

M: (*silêncio*) Isso... Se acha que fiquei surpreendido? Não!

**E: Não?**

M: Não! Fez-me sentir reservas? Não! Senti grandes dúvidas? Também não me parece! Não sei o que é que me está a perguntar mais... Senti-me angustiado ou posto perante um dilema moral e ético? Não!

**E: Eu estou-lhe a perguntar isto, porque teve uma visão muito pragmática de: é isso que quer, eu percebo o que é que me está a dizer e, portanto, vamos nesse sentido...**

**Mas, na altura em que lhe estava a ser feito o pedido, como é que o abordou com o doente? Não houve necessidade de explorar essa conversa ou o entendimento era tão claro que, pura e simplesmente, foi tomar a decisão de: eu acedo ou não acedo?**

M: Sim... Do que eu me lembro, sim!

**E: Na altura em que decidiu aceitar e ajudá-lo de alguma forma, como é que, para si, intimamente, fundamentou a sua decisão de lhe facultar a medicação?**

M: (*silêncio*) Não sei, talvez. Eu já vi morrer muita gente. Alguns com muito sofrimento, alguns com muito pouco sofrimento. Alguns com muito sofrimento para mim, alguns sem quase sofrimento para mim. Portanto, eu não tenho... tenho, em relação à vida e à morte, uma... uma perspetiva que, sem querer ser sarcástico como... como o [—], que diz que... que a vida é uma doença sexualmente transmitida com um prognóstico fechado. E é verdade, mas quer dizer... A gente vive com a morte, convive com a morte, não é? Portanto, a morte não é, propriamente, uma coisa assustadora. O meu pai morreu à minha frente, a minha mãe morreu à minha frente. Portanto, não vivo a morte como uma coisa... Sei que todos nós vamos morrer. Portanto, o encarar a morte e assumir que uma pessoa decidiu deixar-se morrer, ou matar-se, não é uma coisa muito estranha para mim. Percebo! Quer dizer, não... O que é difícil perceber, para mim, é o medo da morte! Quer dizer...

**E: Acha difícil? Eu acho que consigo perceber o motivo...**

M: Eu não...! Vai morrer! É a única certeza que a gente tem na vida! Eu só tenho duas coisas... Eu só tenho uma certeza e uma coisa na minha vida. A minha vida é o tempo de vida que eu tenho. É a única coisa que me pertence! É o número de horas, de dias, de minutos, anos da minha vida! É a única coisa que é minha propriedade, absolutamente! Mais nada é minha propriedade. E o resto... A outra certeza que eu tenho é que a gente... todos vamos morrer! E o que está para lá, não sei! Provavelmente não está nada, pode estar alguma coisa, não sei. Mas, quer dizer... O medo do desconhecido tem que existir? Quer dizer, não tenho outro remédio! Não vale a pena, quer dizer... Não!

**E: Eu pergunto-lhe isto porque...**

M: Portanto, como não tenho muito medo da morte... E ele não tinha medo de morrer! Portanto, também não percebo porque é que as pessoas complicam!

**E: O que é que teve na base de ter aceite ir à farmácia buscar-lhe os medicamentos?**

M: Era o melhor! Era o melhor para ele ter o seu destino nas mãos! A decisão, depois, era dele. Aí o ser o ladrão que está à porta é muito mais fácil do que ser o ladrão que entra na casa.

**E: Que rouba a casa.**

M: Que rouba a casa. Por isso eu lhe disse que não sei se... se... Tirando a relação muito pessoal e muito longa que eu tinha, e de amizade, com o outro... com o meu colega, não sei se facilmente, em relação a outra pessoa, tomaria essa decisão.

**E: Para além deste doente?**

M: Não, estou a dizer o ser ativo. E, portanto, ser... Praticar, eu, a eutanásia. Teria sérias reservas. Provavelmente... Sem uma reação pessoal muito, muito, muito, muito forte, como tinha com aquele colega meu, não faria, provavelmente, eutanásia a outra pessoa. Aqui era mais fácil, porque é uma atitude passiva. E, portanto...

**E: Não é tão passiva, porque teve que...**

M: Era pôr-lhe nas mãos o que ele precisava. Portanto, não era complicado. E não me... não me enerva, não me fez impressão. Estou, com certeza, de consciência tranquila, sem nenhum problema.

**E: Mas podia não se ter dado ao trabalho de fazer isso por alguém. Percebe? E por isso é que eu lhe estou a perguntar: para si, o que é que o motivou a fazê-lo?**

M: Ser solidário. É uma questão de solidariedade. Quer dizer, ele não o podia fazer. Mais uma vez: eu sou pragmático, não sou farisaico. Pôr-lhe nas mãos uma receita e dizer-lhe: agora arranje alguém que lhe vá comprar isto!

**E: Pois, é utópico.**

M: Não é utópico. Era... era o faz-de-conta! Era: ok, eu... eu faço, eu sou bonzinho e, ao mesmo tempo, não faço, não quero assumir responsabilidades. As coisas não se fazem assim. Ou se fazem ou não se fazem! Portanto, eu não ia dizer que o ajudo e, depois, deixá-lo pendurado com aquilo na mão: e agora amanhe-se, arranje alguém que lhe vá à farmácia para depois perguntarem: o que é que você está a tomar? E depois: o que é que você quer? As coisas não se fazem assim! Ou se fazem ou não se fazem! Não é?

**E: Sim. Para além de si, alguém participou nesse processo de tomada de decisão?**

M: Eu com o doente, frente a frente, só! Aqui não há terceiros! Nem família! Não sei se ele falou com a família. Suponho que não. Ele não me disse, mas daquilo que... da ideia que eu tenho é que ele nunca falaria com a família sobre isto.

**E: Nunca?**

M: É uma decisão independente e eu sou... sempre dirigi a minha vida!

**E: Recorda-se das experiências mais positivas e das experiências mais negativas que viveu relativamente a este doente? E o que é que faria de diferente se pudesse tomar uma decisão novamente em relação a este doente em particular?**

M: No sentido de o ajudar ou não ajudar?

**E: Sim.**

M: Não mudava nada! Não tenho grandes dúvidas, sabe! Há coisas que eu tenho muitas dúvidas. Às vezes sou inseguro. Há um certo número de coisas... Em relação à Medicina, de maneira geral, não sou inseguro. Posso ser mais inseguro em relação à minha vida do que em relação à Medicina.

**E: Isto não é só uma questão médica, não é? Acho eu...**

M: Para mim é uma questão basicamente médica. Lidar com a vida e a morte, decidir se trato, se não trato. Não é muito diferente do decidir pôr ou não pôr um doente em diálise.

Envolve o mesmo tipo de decisão: deixar morrer ou deixar viver, ser passivo ou ser ativo. Também... O não pôr um doente em hemodiálise, o não lhe meter um cateter... A não decisão é uma decisão!

**E: Sim, a ação pode ser por omissão. Sim, sim, sim, sim! E queria-lhe perguntar também se sentiu algumas inquietações ou preocupações ao cuidar deste doente depois de ele lhe ter feito o pedido de assistência médica ao suicídio?**

M: Não, eu acho que ele ficou mais feliz e pronto!

**E: Acha que o apaziguou, é isso?**

M: Acho que ele sentiu menos angústia, menos insegurança. Sentiu-se melhor com ele mesmo outra vez depois de ter... quando voltou a ter a sua vida na sua mão. Isso deu-lhe uma segurança, deu-lhe uma tranquilidade, pelo menos: quando eu quisesse, se eu quisesse, eu posso! Enfim, pode ser no sentido caricato outra vez, mas eu uso muitos exemplos. E, por exemplo, é completamente diferente a gente ter 100 mil contos no banco ou não ter dinheiro nenhum no banco em relação à maneira como a gente vê a vida, não é? A sensação que eu tenho é a mesma coisa. Ele passou a saber que tinha dinheiro no banco para fazer o que quisesse em relação à vida dele. É a mesma sensação. Essa... Eu acho que posto no dia-a-dia se pode traduzir neste... nisto mesmo. Eu tenho dinheiro no banco, tenho uma tranquilidade... Porque pode vir a acontecer isto, pode acontecer aquilo, posso ficar doente... Estou completamente liso, tenho 100 euros, se me acontece... se o carro avaria, como é que eu o vou arranjar? A sensação do dia-a-dia de uma pessoa que tem uma situação económica desafogada em relação àquele que vive na corda bamba... Pode haver quem viva na corda bamba e não se rale nada com isso, com o poder económico, mas...

**E: É aflitivo.**

M: Pronto, é um bocadinho a sensação que se pode transmitir no dia-a-dia da... de como ele ficou: ok, saiu-me a sorte grande, já tenho dinheiro no banco, já posso estar mais descansado, já vivo menos ansioso, já vivo menos angustiado, menos inseguro. Seja lá qual destas três coisas seja.

**E: E como é que se sentiu? Há bocadinho disse-me: se eu me senti mal? Não senti. Não! Foi uma questão, puramente, de resolver um problema. Portanto de solucionar um problema. Mas consegue recordar-se de como é que se sentiu durante aquela conversa sobre a possibilidade de o ajudar a morrer?**

M: Não sou capaz de lhe responder claramente, mas se me pergunta agora, passado este tempo, se acho que eu me senti inseguro, angustiado, se fiquei com dúvidas em relação ao que tinha dito, ao que tinha feito? Não! Acho que foi uma decisão médica, para mim, tomada como outra decisão médica! Com menos dúvidas e menos insegurança do que, muitas vezes, a gente toma outras decisões médicas. Nesta, não tive grandes angústias nem grandes dúvidas! Isto é a melhor alternativa terapêutica? Será que não estou a perceber o que está a acontecer? Será que estou a deixar passar alguma coisa? A gente vive permanentemente com uma dúvida metódica. Tem uma probabilidade, não tem uma certeza! O doente que a gente acha que tem esta doença, depois pode ter outra coisa por trás que a gente não se apercebeu! Pode não ser só uma insuficiência renal, pode ser uma

doença de Fabry secundária que não tem sintomatologia clínica típica! Este doente tem só isto? Mas será que é mesmo só isto? Pode ter um Mieloma. Portanto, a gente vive sempre com... Ninguém diagnostica as doenças em que não pensa! É preciso pensar numa doença para a diagnosticar! Quando tenho uma situação... Portanto, a gente tem uma margem de insegurança e tem, às vezes, dúvidas em relação a se vale investigar mais, se vale a pena fazer exames mais agressivos, quais são as opções terapêuticas? São só estas ou vou à procura de outras se isto falhar? Portanto, a gente vive com uma margem de insegurança. Aqui acho que foi... que tive muito menos dúvidas do que nesse contexto da maior parte ou de muitos atos médicos que a gente faz numa consulta.

**E: Pelo que eu percebi e do que me descreveu, não se sentiu emocionalmente afetado pela situação?**

M: (*silêncio*) Não. Não... não... não me criou nenhuma angústia, não me criou nenhuma insegurança. Achei que lhe estava a dar aquilo a que ele tinha direito! Portanto, não... não... não tive problemas morais nem de angústias, nem de insegurança. Apesar de ter uma boa relação, não posso dizer que era amigo! Era um doente com uma relação pessoal, com ligação... alguma ligação afetiva, mas a escala de amigo não chega aí. Eu tenho que ter relações pessoais e tenho que ter uma relação afetiva com os doentes, se não a gente não os manipula! E a intenção, sem ser desonesto, é levar os doentes a fazerem aquilo que a gente acha que é melhor para eles! Deixar de fumar não é difícil, é preciso ser persuasivo, ser militante, ser chato, ser às vezes agressivo para levar as pessoas a fazer... para aquilo que a gente acha que é melhor! Portanto, não tenho dúvidas que tenho que ter um aspeto de manipulação ou, então, sou uma pedra a dizer: computador, isto é o que tem que fazer, vá-se embora! Portanto, não é essa a relação! Mas... Não fiquei angustiado, não fiquei infeliz, não fiquei com dúvidas, não fiquei inseguro!

**E: E o contrário?**

M: O quê? Achei que tinha feito a minha obrigação como médico! Portanto, não... Também não fiquei feliz! Não é uma vitória do diagnóstico impossível que a gente faz: epá acertei!; pensei naquilo e era e era e era e era! Quer dizer... também não fiquei assim! Não, foi assim. Mas pronto... Foi... Não, não... Não houve emoção aí envolvida. Houve a noção que estava a fazer o melhor por ele e que estava a fazer, de certa maneira, a minha obrigação. E, portanto, não havia problemas nenhuns.

**E: E sentiu necessidade de falar com alguém sobre este assunto?**

M: Não! Não! Não!

**E: Nunca comentou?**

M: Para quê?

**E: Então faça-lhe a pergunta ao contrário: porquê? Porque é que nunca partilhou?**

M: Porque não! Porque sou profundamente individualista! Eu sou, provavelmente, das pessoas mais individualistas que existe à face da terra!

**E: Em que sentido?**

M: Sou individualista! Decido por mim! Avanço sozinho! Faço aquilo que tenho que fazer! Se houver companheiros de caminho, ainda bem! Se for sozinho, se não houver companheiros de caminho, e se eu achar que tenho que avançar, vou sozinho! Sempre fui assim! Sou profundamente individualista! Conto comigo, não conto com mais ninguém! Conto com a família, com a minha mulher! Portanto, não... Há um certo número de coisas que não preciso de discutir!

**E: Mas não partilhou este caso nem com colegas nem com a família?**

M: Para quê? Não! Não! (*silêncio*) Não diz respeito a mais ninguém! Não vale a pena estar a criar confusões na cabeça da... A minha mulher já percebe muito de Medicina [—]. Mas há um certo número de coisas que não vale a pena estar a gerar confusões. Não... É pessoal! Isto é uma relação médico-doente! Raramente... Posso discutir algum doente quando tenho dúvidas. Agora, situações pessoais de doentes são pessoais! Não discuto, mesmo sendo anonimamente!

**E: E recorda-se de como é que era a sua relação com o doente antes de ele ter dito esta conversa consigo? Porque me disse que já o acompanhava há [—] [> 5] anos.**

M: Era aquilo que eu lhe digo! Era uma relação pessoal! Era médico, portanto tinha que discutir a parte do corpo, dele e da doença. Mas, depois, extravasava e a gente falava de tudo. Quando se passa na sala de diálise... São [—] [> 10] doentes que eu tinha na sala de diálise. Portanto, tinha sempre tempo para ir falando com algum: você está a fazer peso a mais, o que é que comeu ontem para estar com isto?; hoje está com um ar bem-disposto, o que é que lhe aconteceu, foi à praia? Portanto, a gente faz sempre um bocadinho de conversa. Não é só o olhar para a tensão, para o peso que traz, para o... Acaba por se falar sempre um bocadinho da vida e das coisas das pessoas. Com ele tinha... tinha uma boa relação. Ele gostava de coisas que eu gosto, sabia coisas que eu não sabia. Portanto, acabávamos por falar um bocadinho. E ao longo... Como eu lhe digo, ao longo de muitos anos, a gente acaba por falar de muita coisa. Portanto, além da saúde, tinha uma boa relação com ele. Era uma pessoa de quem eu gostava.

**E: E recorda-se o tipo de pessoa que ele era? Já me falou que ele era uma pessoa...**

M: Diferenciada, inteligente, social. Tinha uma vida social, antes de adoecer, intensa. Tinha imensos prazeres na vida. Como já lhe disse: comer, caçar, pescar, etc. O que é que queria saber mais dele? Era gestor de empresas, era proprietário de empresas.

**E: E como é que ele era como pessoa? Ou seja, falou-me da questão da autonomia, que era extremamente importante para ele. De ter algum, o possível, controlo sobre a sua própria vida. Isso era uma característica que o descreveria?**

M: Sim. Eu não sei... nunca soube muito da vida profissional dele.

**E: E como pessoa? Parecia-lhe uma pessoa...?**

M: Sim, que tomava as suas decisões em relação àquilo que queria, em relação àquilo que não queria. Mesmo, do ponto de vista médico, quer dizer... Isto é para...! Prolongou a cirurgia da amputação até onde pôde. Depois, quando decidiu: é para fazer, é para fazer! Portanto, aí sim. Era uma pessoa que, mesmo na saúde, queria ser corresponsável nas decisões.

**E: Considera que aquela conversa que tiveram de ajuda médica ao suicídio alterou, de alguma forma, a vossa relação?**

M: Não.

**E: Quer positiva, quer negativamente... a relação.**

M: Não. Não.

**E: Recorda-se das interações que teve com a família do doente? Disse-me que quem era o principal cuidador era a mulher. A filha não era. Mas havia um envolvimento familiar?**

M: Eu nunca vi a filha. Ou talvez tenha visto a filha uma vez que ele esteve internado no hospital [—] e eu o fui lá ver. Talvez tenha visto a filha... Tenho uma ideia vaga da filha, talvez. Loura, com um cabelo muito grande... Mas, portanto... Ao hospital nunca foi. E a mulher poucas vezes foi. Foi muito poucas vezes!

**E: Consegue entender porquê?**

M: Provavelmente porque... Eu não tenho a noção... Mas, provavelmente, porque ele não queria misturar a família com a sua doença.

**E: Ah, seria intencional?**

M: A imagem que eu tenho... Não tenho... Não me foi dito! Mas a imagem que eu tenho é que a doença era dele. A família era... apoiava-o, com certeza, mas depois não era para ser excessivamente envolvida. Ele tomava as decisões e sabia do que se passava com a sua saúde. Não precisava... Como costuma ver na consulta, que vem o marido e a mulher. E, eu, quando pergunto: que medicamentos é que está a tomar? O marido pergunta à mulher: o que é que eu estou a tomar? Não era nada assim!

**E: Então as interações que teve com a família do doente foram interações muito superficiais?**

M: Só... A mulher veio-me agradecer depois. Depois de ele morrer a mulher veio-me agradecer. A única coisa que eu me lembro da... da... da... da... da... de conversa com a... com a... com a família foi a mulher ter-me dito, depois de ele morrer, passado uma semana... ter ido lá à Unidade de Hemodiálise agradecer.

**E: E não sabe o que é aconteceu àqueles medicamentos?**

M: Não, não sei.

**E: Antes de terminar queria só fazer-lhe duas perguntas relativas à sua perspetiva pessoal sobre a morte medicamente assistida. Queria-lhe perguntar de que forma é que a eutanásia e/ou o suicídio medicamente assistido se enquadram na sua perspetiva sobre o seu papel de médico?**

M: Tirando as situações excecionais que eu lhe disse em relação a este meu amigo, eu seria incapaz de o praticar. Ponto 1. Quer dizer... Ok, estou aqui, sou médico, estou colocado neste posto de trabalho e o meu posto de trabalho é, depois de uma... de uma... de uma observação com uma Comissão de Ética e com o médico assistente, equacionado

o consentimento para o próprio doente, eu faço a eutanásia a um doente que eu nunca vi mais gordo e que vem aqui. Completamente fora do âmbito de como eu vejo a Medicina e de como eu quero praticar a Medicina! Portanto, dou esse direito..! Dou, porque acho que algumas coisas são do foro pessoal e as pessoas têm direito de optar.

**E: Direito a quê?**

M: De optar! Por exemplo, transforme isto num outro... num aspeto do quotidiano. Pessoalmente eu seria, muito provavelmente, incapaz de aceitar fazer o aborto ou consentir que... ou estar de acordo que... que fosse feito o aborto. Eu e a... No meu casal. Eu e a minha mulher. Seria muito provavelmente... Eu, pessoalmente, estaria completamente em desacordo fazermos o aborto a um filho nosso. Agora, não posso ser extremista e não posso extrapolar a minha posição pessoal, de um casal, para toda... E condenar pessoas por... por o fazer. Quer dizer... Embora, pessoalmente, eu fosse completamente contra o aborto. Sou contra o aborto como é praticado em Portugal, neste momento, que é um método anti-contraceptivo. Que é um método anti-contraceptivo protegido e apoiado. Que é uma coisa completamente... Por exemplo, quem faz uma... uma interrupção voluntária da gravidez tem direito a baixa. E quem... Estamos todos doidos! Quer dizer, estamos todos doidos! Portanto... Mas não sou extremista e, portanto, dou o direito aos outros a terem opções diferentes. E, portanto, não sou formalmente contra uma situação legal de interrupção da gravidez ou de... de eutanásia. Quer dizer... Noutras circunstâncias... Admito que o Estado português possa estabelecer critérios e permitir às pessoas a eutanásia. Admito! Pessoalmente, não o faria.

**E: Era isso que eu lhe ia perguntar sem considerar o ponto de vista legal. Olhando para aquilo que, para si, considera ser o seu papel de médico, como é que enquadraria...**

M: Eu não o faria. Não enquadrar... só na situação extrema deste meu amigo. De resto, o ser... O praticar Medicina a fazer eutanásia, não!

**E: E em relação à assistência médica ao suicídio?**

M: Em situações extremas, em que eu não tenho dúvidas, dou acesso aos doentes a isso. Como dei! Posso dar! Mas percebo que é sempre... Ao longo de [—] [> 30] anos de profissão, tive 2 situações na minha vida de tomar essa decisão. Não é uma coisa frequente. Portanto, não... não vejo facilmente...

**E: Portanto, o suicídio medicamente assistido enquadrar-se-ia, ou não?**

M: Não digo que não. Fi-lo! Não faço... Não faria disso a minha profissão. Quer dizer, não... Não trabalharia numa clínica de eutanásia, não daria apoio, por rotina, à maior parte das pessoas, porque não tenho a relação mantida, longa e pessoal, para ter a certeza que é consciente, que não está deprimido, que é uma opção e que a própria pessoa o quer não só neste momento, mas daqui para a frente, para o resto da sua vida.

**E: Apesar de o pedido não ter sido repetido ao longo do tempo, acha que no caso do seu doente tinha sido bem refletida essa vontade de ser auxiliado a morrer?**

M: Sim, sim, sim!

**E: E, portanto, se eu interpretei bem aquilo que me disse, o suicídio medicamente assistido enquadrar-se-ia em situações excecionais, ao contrário da eutanásia. Ou enquadrar-se-iam ambas em situações excecionais?**

M: Não... A eutanásia só numa... só numa relação pessoal muito, muito profunda, excecional. Não digo que a uma pessoa da minha família, com quem tenha ligações afetivas muito profundas, não o fizesse. Como estava disposto para fazer a este meu amigo. Mas é a exceção da exceção da exceção!

**E: E, relativamente ao suicídio medicamente assistido, parece enquadrar-se no seu papel de médico?**

M: É quase o mesmo. É quase igual. É quase igual! Tenho que conhecer muito bem a pessoa e tinha que ter a certeza que... claramente, que isso era o que ele queria e que era lúcido e que, provavelmente, ele tinha razão quando estava a tomar essa opção, porque a vida dele já não valia a pena ser vivida.

**E: E no caso do doente ao qual prestou auxílio para o suicídio, foi isso que sentiu?**

M: Sim.

**E: A última coisa que lhe quero perguntar é se a sua experiência com receção destes dois pedidos de natureza distinta alterou, de alguma forma, a sua perspetiva pessoal sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido.**

M: Não me parece. Eventualmente... Já não sou capaz de lhe dizer. Há coisas que a gente tem latentes em nós e que só quando se põe perante a situação e que toma a decisão é que, depois, as assume. Eventualmente... Há coisas assim na nossa vida, não é? Eventualmente... Já não tenho a certeza, sequer! Não posso dizer... Se isto serviu para eu, não é interiorizar, é..., nem exteriorizar..., é assumir ou... falta-me a palavra... para perceber que as regras do jogo, para mim, eram estas! Talvez! Não sou capaz de lhe dizer! Não sei se isso já estava... Quer dizer, para mim é natural. Portanto, parto do princípio que assumido, ou não, refletido, ou não, as decisões já lá estavam, o contexto já lá estava para poder tomar essas decisões. Não sei se... Não sei se... Não me parece que tenha mudado nenhum. Porque mesmo que... Será que eu tinha pensado alguma vez nisso? Provavelmente nunca tinha! Não se pondo na prática, não tinha parado para pensar nisso. Tenho mais coisas em que pensar! Mas o contexto subjacente já lá estava, portanto foi fácil assumir a... a... as decisões, porque o contexto de base já lá estava. E, depois, não me parece que se justifique passar mais de 2 horas a pensar no assunto, porque... porque: foi intuitivo, foi assumido, é assim! É a mesma decisão do caso a caso: este doente está neste estado assim, assim, do meu ponto de vista não vale a pena pôr em diálise, não lhe vou oferecer nada, eventualmente tenho que convencer a família disso!

**E: Provavelmente é o mais difícil.**

M: Todos nós somos manipuláveis e na profissão é fácil: oiça, há coisas que não é possível mesmo... se fosse a minha mãe eu não o fazia; eu venho falar consigo, porque não faria isto a uma pessoa da minha família... acho que o que lhe vou oferecer não se oferece a ninguém, vou-lhe dar mais sofrimento, não lhe vou oferecer nenhuma qualidade de vida... eu não fazia isto a uma pessoa da minha família, portanto, venho propor que não faça... eu não quero fazer... eu não quero fazer... eu não quero fazer, mas preciso de



falar convosco, porque quero ouvir a vossa opinião, mas isso não... para mim, não o fazia. Portanto... E é direto e é claro! E é dizer: não têm a experiência, não sabem do que é que estão a falar; eu, infelizmente, tenho a experiência de muitos doentes que já passaram por aqui e aquilo que eu lhe vou oferecer em relação a prolongar a vida, não vale a pena, não fazia isto a uma pessoa da minha família, não fazia isto aos meus pais, não fazia isto aos meus irmãos; não faça! E as pessoas habitualmente aceitam! Estou, mais uma vez, a manipular, mas a manipular honestamente.

**E: Sim, sim, sim... mas colocado nesses termos é irrecusável!**

M: Mas é assim que tem que ser feito! Não vou pedir para assinarem um papel a dizer que não, mas quero ouvir a vossa sensibilidade porque, para mim, não se justifica.

**E: Hm hm. Deixe-me só clarificar uma coisa antes de fecharmos esta conversa. Dado que a sua perspetiva sobre a morte medicamente assistida não se alterou pelo fato de ter recebido dois pedidos, então eu queria-lhe perguntar: não tendo sido alterada, qual é que era a sua perspetiva?**

M: Não sei se já tinha... Oiça, já lhe respondi a isso. Não sei se eu já tinha trazido ao meu córtex e à minha consciência: se me pedirem isso, vou... vou fazer o quê? Não penso que tenha... Conhecendo-me a mim mesmo, não me parece que tenha passado muito tempo a pensar nisso. Mas as decisões estavam subjacentes e, quando apareceram, apareceram naturalmente! Percebe? Da mesma maneira que... Eventualmente, depois disso... Isto que eu lhe estou a dizer... Fazer a eutanásia, eu não fazia ativamente, a não ser nas situações mais extremas, mais excecionais (a uma pessoa com uma relação pessoal muito grande de amizade ou a uma pessoa da minha família), não seria capaz de o fazer. Sobretudo, não seria capaz de o fazer sem a vontade expressa dela. Quer dizer... Mas se uma pessoa da minha família estiver muito doente, mas... Eu achar que a vida dela não vale a pena, mas se ela não me pedir, eu nunca o faria! Se tivesse uma ligação afetiva muito grande, se soubesse que era o melhor e, depois, a uma pessoa muito chegada provavelmente seria capaz de fazer a eutanásia. Mas ponto final parágrafo! Não fiz à minha mãe!

**E: Sim, mas ela também nunca lhe pediu!**

M: Exato! Percebe? Uma coisa é... Esta diferença também não é tão pequena. Quer dizer, porque depois o grau a seguir... Isto é uma escalada! Há um que é pedir colaboração, há outro em que é a gente fazer a pedido e há outro em que é a gente fazer sem pedido. Portanto, esse terceiro passo é impossível! O segundo numa situação assim muito, muito excecional. O outro também será sempre uma situação excecional.

**E: E qual é a sua perspetiva pessoal em relação à assistência ao suicídio?**

M: Qual é? Aquilo que eu fiz! Pronto, agora vamos entrar numa fase que é uma conversa ao lado. Portanto, uma coisa é eutanásia! Assistência ao suicídio é aquilo que, no fundo, eu fiz quando dei condições ao doente! Eu não percebo muito bem qual é a diferença entre assistência ao suicídio e eutanásia.

**E: Há várias!**

M: Qual é?

**E: Do ponto de vista médico é o grau de intervenção, que é muito menor.**

M: O grau de intervenção! A assistência ao suicídio é só fornecer os meios. No fundo foi isso que eu fiz. De qualquer maneira pressupõe, mais uma vez, a mesma coisa: pressupõe uma situação muito, muito, muito, muito clara do que é que a pessoa quer e do que é que a pessoa está a pedir e... e... e a assunção do que a pessoa quer fazer.

**E: Mas no caso deste doente tinha essa ideia clara?**

M: Claríssimo!

**E: E, para terminar, queria-lhe só perguntar se, para além de si, conhece algum outro médico que também tenha sido solicitado por um doente para ser assistido no suicídio ou para praticar a eutanásia?**

M: Não conheço.

**E: E queria-lhe agradecer esta nossa conversa!**

M: De nada!

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO MÉDICO M9**  
**[M9, Masculino, ≥ 50 anos, Neurologia]**

**E (entrevistadora):** Bom dia, Doutor [—]. Queria, desde já, começar por lhe fazer algumas perguntas de contextualização. Portanto, em primeiro lugar, queria-lhe perguntar a sua idade.

M (médico): [—] [≥ 50].

**E:** Pode-me descrever, cronologicamente, o seu percurso académico? E, sobretudo, pode-me dizer quais foram os fatores decisivos para a realização desse percurso? Ou seja, considera que... que existe algum fator decisivo na escolha da sua especialidade e na escolha do seu percurso académico.

M: Não... Muito bem! Portanto, formei-me em [—]. Fui interno geral... Não havia, no meu tempo...

**E:** Espere aí. Formou-se onde? Aqui?

M: Não. Na [—], por acaso. No [—]. E fui interno geral de [—]. Em [—] comecei o internato de Neurologia aqui, no Hospital [—]... Depois de ter feito aquele concurso, que temos que fazer, nacional, que no meu ano foi particularmente mau, porque foi um ano da [—]. E, portanto, havia [—] vagas, das quais para aí [—] eram clínicas, para [—] candidatos. Foi um ano muito competitivo. Portanto, vim aqui fazer o internato ao Hospital [—]. Terminei em [—]. Enfim, naturalmente, fiz estágios fora do país, etc., mas isso faz parte da nossa rotina aqui. Depois, em [—], fiz o [—]. E depois, claro, fui subindo... Fui [—], depois [—]. Ah... Desde [—] também sou [—], que é outra coisa que tenho. Eu sou [—] e [—], que é uma [—]. Depois, em [—]. Em [—] fiz a agregação. Em [—] fiquei como [—] e, depois, [—] de [—], porque sou [—] precisamente! E... e mantenho... tenho sido responsável, desde [—], da... da [—] do Hospital [—]. Vejo doentes de patologia Neuromuscular desde [—]. A Esclerose Lateral também desde [—]. E... e, portanto, com a saída da [—], a [—]... Portanto, antes de [—]... Eu disse mal. Portanto, eu sou de fato [—], porque [—] quis que eu fosse, desde [—] das Neuromusculares e... e da consulta de Esclerose Lateral, que é uma consulta [—] no hospital. E ela esteve cá até [—], mas eu... eu fiquei como [—] desde [—]. E portanto... Pronto. É isso! E... e é assim. E a outra pergunta era...?

**E:** É isso que eu lhe ia perguntar. Porque é que...?

M: Porque é que fiz esse percurso, não é?

**E:** Sobre tudo em relação à Neurologia e à Esclerose Lateral Amiotrófica.

M: Não... Eu... eu entrei para Neurologia, porque eu gostava de Neurologia. A Esclerose Lateral foi muito simples! Quer dizer, a [—], que era a pessoa que era, na altura, a responsável convidou-me para colaborar com ela nas Neuromusculares. Eu aceitei e, portanto, achei de fato... Havia muitos poucos doentes na altura... na consulta, devo dizer. Achei... Dediquei-me muito a [—] até, no início. Foi ao que me dediquei mais, a [—]. Depois ela foi-se embora também. Também isso fez com que me dedicasse completamente (mas já antes me dedicava...) à Esclerose Lateral, porque é uma patologia que eu acho interessante, não é?, desafiadora e que é muito..., no mundo, do ponto de

vista científico, é muito competitiva, porque de fato há muitos grupos de grande qualidade a investigar esta doença. Porque é muito desafiadora, não é? E portanto achei, de fato, uma doença... Além do interesse, naturalmente, é ajudar as pessoas e os doentes e de seguir os doentes e... Também achei, e acho, que é, do ponto de vista científico, é bastante estimulante. E, portanto, foi nesse sentido que fiquei...

**E:** Mas não se sente desafiado? Porque, em Portugal, não é muito estimulante a investigação nessa área...

M: Não, não é! Não é! Não, não é! Não é! Não é! Porque com a... embora...

**E:** Só se tiver sempre a perspetiva de competir a nível internacional, porque se for a nível nacional só... assume uma posição muito solitária.

M: Não... Sim! Não, não, não, não, não! Não, mas eu quando... o nosso... nós somos... O nosso centro de Esclerose Lateral é reconhecido internacionalmente, não é? É, portanto, precisamente porque nalgumas áreas específicas, nomeadamente na [—] e na... no Suporte Ventilatório aos doentes temos sido pioneiros em muita coisa, não é? E, portanto... E o nosso centro é respeitado internacionalmente, pelo menos, nessas áreas. E, portanto, queremos ser competitivos internacionalmente, claro! Não temos nenhum interesse em ser competitivos aqui dentro! Não me parece... não me parece que isso passe na cabeça de ninguém, não é? O nosso interesse é ser competitivos ao nível dos melhores centros, não é? Sobre tudo nalguns temas, não é? Obviamente que a gente não tem capacidade de ser competitivos na imagem, não é? O nosso país... porque nós não temos manancial económico...

**E:** Não temos alavancagem tecnológica para sustentar...

M: Não temos! Nem temos... Nem temos dinheiro nem temos grupos de pessoas...

**E:** Os necessários...

M: Em número, não é? Portanto, temos que nos cingir àquilo que... ao nosso expertise e a umas áreas. E, portanto, onde a gente se dedica, somos reconhecidos com grande competência internacional. Há temas onde a gente não se dedica, podemos fazer algumas coisas, mas não nos dedicamos e não somos, de fato, de topo. Não é?

**E:** Hm... hm... Portanto, foi um bocadinho... Quer dizer, para além de ter sido introduzido na área das Doenças Neuromusculares por referência de uma colega sua, não... não... não encontra um outro fator para a sua integração nesta área?

M: Eu estou a ser sincero! Porque se, na altura, tivesse sido convidado para me dedicar à Esclerose Múltipla, se calhar tinha-me dedicado à Esclerose Múltipla! Portanto, as coisas são assim... Na vida é assim, não é? A vida, às vezes, são acasos.

**E:** Às vezes também somos encaminhaados...

M: Não está a ver que uma... um dia, uma criança na escola primária diga...

**E:** Sim, mas a sua dedicação à Esclerose Lateral Amiotrófica já foi um bocadinho uma causa própria. Por isso é que eu lhe estava a perguntar.

M: Não, quer dizer, causa própria...

**E: Porque é visto de uma forma pioneira. E mesmo a consulta, em si, é pioneira.**

M: Não, quer dizer... Nisso eu estou à vontade, porque quem a criou foi a [—]. E, portanto, eu fui o seu sucessor. Ela foi a primeira pessoa a criar uma consulta de Neuromusculares... enfim, também, de certa maneira..., mas de Esclerose Lateral no país, não é? Lá fora havia muitos poucos centros na altura. E, depois, continuei o trabalho dela com a... a única coisa que fiz de diferente foi... dei maior impacto internacional, não é? Porque, no tempo dela, ela não conseguiu dar um grande destaque, não tinha ainda produção e não tinha conseguido ainda pôr isto na órbita internacional. E portanto... Embora, enfim..., naturalmente era conhecida e tal, mas, quer dizer..., mas é outro patamar, não é? Não se publicava tanto, havia essas coisas... Hoje é... Isto é diferente, não é? As regras mudaram. E, portanto, esse foi o meu papel. Um bocadinho foi... Como era muito jovem, muito ativo e tal, portanto, muito energeticamente pus este grupo numa boa... numa boa imagem internacional. Mas nós somos...

**E: Em termos de projeção...**

M: De projeção! Nós somos muito poucos neste momento. Até a diminuir, porque uns fogem outros vão para... E portanto...

**E: Quantos é que são?**

M: Muito pouca gente! Praticamente só... Tenho sido eu, a [—], a [—], era a [—] que foi para [—] e... Depois temos uma terapeuta da fala que nos ajuda, temos o grupo da Gastro que nos ajuda a pôr as PEGs e, depois, temos a...

**E: São [—] [< 10], no total?**

M: Sim, mas... A ver doentes, na verdade. Temos o [—], que é mais recente. Enfim... Agora também vai fazer uma [—] fora do país por um tempo longo. E, portanto, no fundo o grupo é pequeno, não é? E, depois, há estas coisas de as pessoas saírem porque vão procurar outras saídas. O país não está muito famoso, como sabe. E, portanto, há pessoas que desejam outras coisas e, portanto, vão-se embora.

**E: Sempre trabalhou... desempenhou as suas funções aqui?**

M: Como médico hospitalar, sim, aqui.

**E: À exceção do Hospital [—], desempenhou funções enquanto neurologista nalguns outros locais?**

M: Não, não! No Hospital [—].

**E: Gostava que, se fosse possível, me descrevesse aquilo que, para si, tem sido mais relevante, ou mais importante ou mais significativo, na sua experiência profissional ao longo do tempo. O que é que extrai dessa...?**

M: O que... Eu gosto de ver doentes! Quer dizer, acho que sou bom clínico. Pelo menos, os meus doentes... os grupos de doentes que vejo... E, portanto, sou útil para os doentes, porque vejo muitos doentes perdidos, sem diagnóstico e, portanto, muito desorientados do que é que têm e, portanto, e que precisam de alguém que os esclareça e que os ajude e que os oriente. Portanto, neste sentido, eu sinto-me reconfortado. Acho que sou útil!

**E: E mesmo online também é!**

M: Ah, obrigado! Obrigado... Mas, portanto, acho que sou... acho que sou útil, não é?

**E: Eu li as suas respostas nos fóruns e ali vê-se muito o desespero das pessoas.**

M: Exatamente! Exatamente! Portanto, eu acho que sou útil. E, portanto, isso satisfaz-me! Portanto, sou um expert neste assunto ou reconhecido como expert neste assunto. E, portanto, soluciono alguns problemas, não soluciono todos. Soluciono a maior parte deles e, portanto, neste sentido sinto-me reconfortado. Ajudo as pessoas naquilo que posso, naturalmente. Queria ajudar mais, mas não posso. Descobrir uma cura, uma coisa assim... Descubro na... Ajudo as pessoas naquilo que posso e... E, pronto... E tento estimular que outras pessoas se dediquem aos mesmos temas, o que não é fácil, porque não é uma doença muito compensadora.

**E: Mas, do contato com os doentes, o que é que tem sido mais significativo para si?**

M: A boa relação que tenho com eles! É a coisa mais... que eles... E no geral... Há sempre quem não goste, mas no geral gostam de mim e eu gosto deles. E, portanto, a boa relação que tenho com eles é o mais satisfatório.

**E: E como é que caracterizaria o universo de doentes de quem tem cuidado ao longo da sua prática clínica? Ou seja, qual é o perfil de doentes? Eu sei que o perfil está relacionado com a Esclerose Lateral Amiotrófica, mas como é que definiria esta população?**

M: É uma população, geralmente, de pessoas simpáticas no geral...

**E: Não estou a falar em termos de personalidade, mas sim em termos de doença...**

M: Mas... Não percebo. Mas quer que eu defina a... a gravidade da doença ou...?

**E: Sim... Como é que, normalmente, este tipo de doentes chega até si?**

M: Chega todo... Chega... Eu vejo doentes do país todo. Vejo até portugueses que vivem no estrangeiro. Estrangeiros propriamente não, no geral. Mas... mas portugueses que vivem noutros países da Europa. E fora da Europa vejo com alguma frequência. Chegam doentes desde uma fase muito precoce até doentes numa fase muito avançada. Vejo tudo!

**E: E quando lhe chegam esses doentes, quer numa fase quer noutra, como é que os caracterizaria? Como é que eles se encontram?**

M: Uns não sabem o que têm e, portanto, precisam de ser esclarecidos. Outros já sabem, querem saber se há mais alguma coisa a fazer. É muito variável. Muito variável...

**E: Que significado é que atribui à sua experiência profissional? E que contributos é que dela têm resultado para a reflexão sobre a sua prática clínica?**

M: Ouça, eu tento aprender com os doentes, no sentido de perceber as suas necessidades. Esse é que é o problema, não é? Que também é variável! Mas tento perceber qual... de que maneira é que eu posso ser mais útil para... (a gente não tem cura, não é?) para satisfazer as suas maiores dificuldades.

**E: Esse é um ponto importante? A questão da ausência de cura. Ou não?**

M: É, então não é! Se tivesse, eu via uma vez, curava e estava... nunca mais via, não é? E portanto... Mas eu tenho que perceber onde é que eu posso ser útil. É esse o ponto-chave, principal: onde é que eu posso ser útil! É isso que eu tenho que aprender.

**E: Agora, gostava de entrar já no tema que aqui me traz, ou seja, a sua experiência pessoal com pedidos de eutanásia e/ou de suicídio medicamente assistido.**

M: Portanto, há... há... O overview é este! Quer dizer... De fato, há pessoas, não é?, que perante a situação de desespero em que estão envolvidas e, certamente, após falar com a sua família, uma vez que elas... Como os meus doentes têm um grave... quando atingem, sobretudo, as fases em que esse problema se põe, estão com um enorme defeito motor e, portanto, têm que ser trazidos em cadeiras de rodas pela família. E, portanto, essas pessoas vêm sempre acompanhadas da família, não é? De outra maneira... Eu, depois, falarei de uma exceção, mas vêm sempre acompanhados da família, devido à sua condição clínica, não é? E portanto, naturalmente, face à própria reação da família quando o doente fala comigo, imagino que o tema fosse previamente, de alguma maneira, abordado no domicílio. E, portanto, os doentes vêm com essa questão, não é? Manifestam, naturalmente, o desejo de encurtar a vida pelo sofrimento e perguntam se há algum tipo de disponibilidade, enfim, minha, neste caso, em que isto... que os possa ajudar. Naturalmente que perante, desde logo, a minha recusa... manifestando, como é óbvio, que este é um assunto que a lei não abrange. E, portanto, é um assunto não contemplado na lei. E portanto... Ou contemplado de maneira negativa, no sentido de ser proibitivo. Portanto, não há depois um grande desenvolvimento, não é? Até porque eu, depois, ofereço outras medidas de conforto, no sentido de ansiolíticos e outras medidas que podem... Aliás, como está recomendado no Standard Care da doença, uma vez que esta doença (a Esclerose Lateral Amiotrófica) tem Standard Care publicado, quer pela academia americana quer pela... pelo grupo europeu. E, portanto, isto está perfeitamente previsto e perfeitamente regulamentado, se quiser aliviar o sofrimento dos doentes com ansiolíticos, com antidepressivos e até morfina, em algumas circunstâncias, em doses que não sejam naturalmente de risco. Como, por exemplo, ansiedade que alguns doentes têm e dispneia. E no qual é uma das condições em que os agentes morfínicos estão indicados. E, portanto, perante a minha atitude... enfim, de esclarecimento que este assunto é um assunto que não é negociável, não é? Os doentes entendem isso e, portanto, passamos para outras medidas de conforto e que não tenham nada a ver propriamente com a eutanásia ou com a morte medicamente assistida. Como se queira designar também... O... Há casos diferentes, não é? Quando nós falamos com uma pessoa já muito dentro da área da saúde, a coisa pode ser mais complicada, não é? E eu... O caso mais notório a mencionar isso foi, aqui, já há muitos anos, de resto, com um médico que estava até afetado precocemente pela doença, não é? Mas que, enfim, era um médico com experiência já e com saber. E, portanto, percebeu rapidamente o que é que o... o que é que o iria esperar. E este médico, então sim, numa fase relativamente precoce e, nesta fase, ainda sozinho interpelou-me nesse sentido. Não é? Depois, naturalmente, manifestei o mesmo tipo de resposta. Quer dizer, que é um assunto que não é contemplável, não é negociável, uma vez que isso está fora do âmbito legal. E este médico, portanto, seguiu o seu caminho de evolução da doença. Eu já não me lembro, depois, quantas vezes o vi mais. Mas, passado algum tempo, sei que recebi um telefonema da filha, que era

enfermeira, e que estava a preparar o soluto, com morfina, fatal para o pai. Não é? Portanto, ia fazer uma infusão de doses elevadas de morfina para abreviar a vida do pai a seu pedido. E ela telefonou-me no sentido de pedir ajuda ou em relação às doses ou se eu poderia mesmo ir ao domicílio. Naturalmente que rejeitei, não é? Mas a verdade é que alguma coisa foi feita com certeza! Penso que o procedimento foi efetuado. E, portanto, esse foi o caso mais perturbador, não só por ser um colega ou ter sido um colega, como de ter sido uma fase ainda relativamente não avançada da doença (ia dizer uma fase precoce, não era bem precoce, mas não era uma muito fase avançada da doença) e porque, depois, de fato com o apoio da filha (que, como digo, era enfermeira) foi mesmo... foi mesmo nesse sentido e, certamente, foi... o procedimento foi efetuado. E que fui interpelado uma segunda vez, já num contexto em que estava tudo organizado, não é? Portanto, esse foi o caso, talvez, mais complicado, uma vez que levaram a situação até ao fim. Mas, portanto, o meu contexto é este. Quer dizer, eu também não tenho muito mais a dizer, pela simples razão de que as pessoas entendem as minhas limitações nesta área. E, pronto... Claro que depois alguns doentes... Eles próprios se informam (hoje em dia, com a internet, é muito fácil as pessoas se informarem...) e conhecem centros, nomeadamente esse famoso centro na Suíça, que aparece no livro, onde isto pode ser feito de uma maneira regulada, não é?, ou regulamentada e estruturada e montada. E, portanto, enfim... Algumas pessoas falam nisso e tal, mas quer dizer... Mas penso que depois, por um motivo ou outro, acabam... a maior parte, se não todos, a enorme maioria depois também não... não avançam.

**E: O pedido que esse colega lhe fez... Pensa ter sido de eutanásia ou de assistência ao suicídio?**

M: Bom, ele... ele queria, de fato, combinar uma infusão de morfina para... ou de outro fármaco, mas morfina penso que era o que ele já pretendia na altura para abreviar a vida.

**E: Que você lhe administrasse?**

M: Sim... Ou, pelo menos, que estivesse... Bom, eu não sei exatamente se o procedimento que ele queria... Porque, como digo, não houve nenhuma negociação. Se seria eu a administrar ou, pelo menos, estar presente perante a administração... ou ele já pensava que a filha administraria e seria apenas a minha presença ali, no sentido de aliviar qualquer situação aguda ou... ou de... Porque as pessoas acabam tendo medo que, perante a administração de morfina ou de outro fármaco qualquer, possa haver um episódio de dispneia aguda ou de... ou de uma situação súbita, não é?, de mal-estar ou... E, portanto, gostam de ter alguém que saiba resolver esse problema. Que, aliás, de fato, nos países que o fazem também está regulamentado o que é que se deve fazer nessas circunstâncias. Há um ansiolítico, etc... E, portanto, penso que... Não sei exatamente o que é que ele queria, como digo, porque não foi negociado em detalhe. Mas queria que eu participasse, eu diria, ativamente, sim! Agora, se o ativamente incluiria mais do que estar presente e para solucionar alguma situação aguda, não sei.

**E: E se pudesse fazer uma reconstituição desse pedido... Ele era seu doente?**

M: Ele era meu doente, sim.

**E: Ele começou a falar nessa possibilidade numa fase precoce da doença.**

M: Sim.

**E: Mas, depois, de uma forma concreta, como é que ele expressou a sua vontade? Ou seja, como é que ele lhe explicou isso?**

M: Bom... Ele era médico, não é? Portanto provavelmente... Já não me lembro exatamente das palavras que usou, mas presumo que usou palavras mais técnicas, dizendo que a... que conhecia a... o que é que a doença iria ter como consequência e que seria a completa imobilidade e a falência respiratória. E, portanto, que não queria atingir este... Não estava a ver, para ele, este fim. Quer dizer, não tinha... As pessoas, às vezes, não toleram essa imagem de si próprios. E, portanto, não estava a ver... E queria abreviar a... a... a vida, não é?, para não chegar a esse ponto de total dependência.

**E: E, quando ele conversou consigo sobre a morte medicamente assistida, em que tramites é que a conversa ocorreu? Ou seja... Porque não é... não é muito previsível que a pessoa faça uma conversa deste tipo?**

M: Bom... Mas, como digo, ele era médico. Não é? E, portanto, isso facilita! Ele era mais velho do que eu. Ainda hoje seria, mas na altura ainda era bastante mais. E, portanto, uma pessoa vivida, madura, com experiência. E portanto... Eu não me lembro, como digo, de todos os detalhes, mas ele... ele foi muito direto! Quer dizer, não foi... não foi propriamente uma longa introdução ao tema. Quer dizer... Concretamente, confrontou-me com essa... com esse problema, não é?

**E: E, na altura, o que é que percebeu daquilo que lhe estava a ser dito?**

M: Não... Eu percebi que ele estava, de fato, com a decisão estabelecida.

**E: Percebeu do que é que estavam a falar?**

M: Não, não! Eu percebi que ele queria, de fato, resolver esse problema, queria abreviar a sua vida, que a sua decisão estava tomada, que eu... Enfim, falei com ele, naturalmente. Mas que não iria conseguir convencê-lo do contrário, não é?

**E: Percebeu isso?**

M: Ah, sim! Sim! Sim, claro! Uma pessoa racional, como digo, conhecedora... Meditou, pensou, decidiu! E não me parecia que estivesse minimamente flexível para mudar de posição. Isso pareceu-me bastante claro!

**E: E, além deste pedido, que penso ter sido o mais significativo pelo que me disse, os restantes que recebeu... Dos que recebeu, consegue-me descrever aqueles que foram mais genuínos, mais verdadeiros, mais concretos?**

M: Mais genuínos são as pessoas, não é?, que... que geralmente... As pessoas que põem esse problema... A minha doença é uma doença que afeta... Apesar de ser mais frequente na faixa dos 50/60, afeta muitas idades, não é? E afeta... Tenho tido muitos doentes com 30 anos e muitos doentes com 40 e muitos doentes com 80 e... Bom! E, portanto, os doentes que põem mais esse problema são doentes... Claro que isso é sempre muito variável, não é? Mas são pessoas, geralmente, com mais idade, não é? Portanto, não tão jovens, não é? Portanto, os mais jovens talvez encontrem esperança mais científica e tecnológica de alguma descoberta futura, breve, que possa solucionar e tal... Penso eu,

são pessoas, enfim, com mais idade e que, penso eu também, porque não fiz nenhum estudo objetivo nesse sentido...

**E: Mas tem a sua experiência...**

M: Tenho a minha experiência que... que consideram que podem ser um grande peso, não é?, familiar em termos de... dos cuidados que exigem, não é? Porque são pessoas que, às tantas, ficam, de fato, acamadas e, portanto, exigem que... exigem que alguém da família tome conta deles ou que... ou mais que uma pessoa... que tome conta deles. E, portanto, consideram que é um grande peso para... para os restantes, não é?, que já têm alguma idade, portanto, já têm... já viveram e que, de fato, estão desconfortáveis. Esta doença, às vezes, pela imobilidade, dá dores, não é? Causam dores chatas, às vezes difíceis de debelar. Muitas pessoas têm uma sialorreia muito abundante, portanto, salivam muito pela dificuldade de deglutir a saliva, o que também, sob o ponto de vista social e de autoimagem, é muito mau, não é? E muitas pessoas, de fato, perante este quadro de... enfim, em que não se sentem minimamente confortáveis, põem esse problema. Eu penso que é mais esse grupo que... em que, como digo, na minha experiência isso não é frequente. Acontece ocasionalmente, mas eu penso que é mais este grupo de pessoas que... que põe o problema.

**E: E, dos casos que se recorda estarem mais vívidos na sua memória, que casos são esses?**

M: São desse tipo! São... É isso que eu estava a explicar. São pessoas de mais...

**E: Fizeram o pedido de morte medicamente assistida sempre da mesma forma? Tem um ou dois casos que me consiga caracterizar com princípio, meio e fim?**

M: O típico... mais típico... Basicamente são todos os outros... Quer dizer, o médico é um caso particular. Eu tenho tido vários doentes médicos, não é? Mas não me têm posto esse problema desta maneira. Os outros casos também são, mais ou menos, muito... (na minha experiência, naturalmente...) muito iguais. Quer dizer, são pessoas que..., com algum familiar, um ou mais, se aproximam e põem o problema de que estão muito cansados de viver, têm um grande sofrimento, um grande desconforto (um destes motivos que mencionei) e que se, de fato, eu poderia ajudá-los, enfim, a que o sofrimento fosse mais curto. Basicamente é isto, não é? Como eu digo... Como eu lhe tinha dito... Como não desenvolvo o tema, porque como eu considero que isso não é negociável... E isso é assim que manifesto! E... e mudo a conversa para outro... para outro... para outro ponto qualquer e as pessoas acabam aceitando, porque percebem que não... que não... não... Quer dizer, não tem sentido também a insistência, não é? O que é bom! Porque a pessoa podia dizer: ah, não, não, não!; mas não saia daí que eu não saio daqui enquanto não...! Isso também nunca me aconteceu, não é? Portanto, as pessoas percebem isso e... e, portanto, enfim... Agora, pode dizer: isto é uma manifestação fruste, não é? Mas não se... Não é, porque eu creio que noutras circunstâncias... Não é? Porque, suponha que estavam permitidos em lei estes procedimentos. Portanto, eu penso que nesse contexto e se eu dissesse: não, não!; mas a senhora pode ou o senhor pode fazer... candidatar-se (se quisermos designar assim) a esse procedimento, bastando para tal expressar... ou a sua família expressar por escrito (muitas vezes não conseguem escrever) que deseja e que tal, e vamos agora então...; quer mesmo avançar?; vamos agora ver se não... se a razão não é

a depressão (como sabe, é um dos critérios de exclusão... e assim sucessivamente...) ou a dificuldade ou a perturbação cognitiva e tal, vamos agora avaliar tudo isso. Se isso fosse assim, eu tenho a certeza que muitas dessas pessoas avançariam, não é?

**E: Acha?**

M: Acho que sim!

**E: Há bocadinho falou-me que o seu colega médico foi a única pessoa que veio... que veio sozinho e que fez o pedido de uma forma solitária.**

M: Sim... Sim...

**E: Ao contrário dos outros doentes que fizeram-no, provavelmente, numa fase mais tardia. Porque já vinham com a família...**

M: Exatamente! Exatamente! Exatamente! Exatamente! Este foi um caso precoce. Quer dizer, eu não tive (que eu me lembre...) outro caso precoce, desta maneira! Outra coisa é a pessoa dizer: olhe, eu estou muito doente e vou-me matar. E, de fato, é raro... Mas aconteceu um ou dois casos de suicídio, não é? Mas... mas, pronto, isso acontece. Eu vou-me matar, não aguento, não sei quê...! Mas, bom... E a gente tenta ajudar. Mas, pronto... Isso é diferente, não é? Agora, este foi o único... O médico foi o caso racional, puro! Não é? Os outros é num contexto já de desespero, devido ao desconforto que têm.

**E: E o virem com a família, normalmente, implica pressão no sentido de avançarem, ou não? Porque falou-me da questão da família...**

M: Não... Não... Como digo, eu nunca senti pressão, não é? A família... A família neste contexto... Isso eu vejo muito nesta... pelo menos na minha doença. Quer dizer, desde que a pessoa esteja bem de cabeça, a família deixa muito a decisão para o doente. Mesmo noutro... noutras coisas, não é? Por exemplo, traqueostomia ou coisas mais invasivas, a família deixa... normalmente. Mesmo quando o marido: olha, eu quero...! Não, não! Tu é que sabes e tal... Portanto, a família deixa... A família dá um apoio...

**E: Dá espaço.**

M: Dá espaço! Dá um apoio, está ali, mas não... Nunca vi uma família dizer: não, não, não!; o Doutor, agora tem que... tem que ajudar...!; ou o Doutor agora não...! Não, isso nunca vi.

**E: Nunca o interpelaram no sentido de...?**

M: Não... Não... Até agora, não.

**E: Como é que interpretou todos os pedidos de morte medicamente assistida que lhe foram dirigidos?**

M: Desespero! Desespero, quer de um quer de outro! O outro... o outro por antecipação, não é? O primeiro por antecipação, não é? Hopeless! No fundo é aquela coisa dos anglo-saxónicos... Não têm esperança! Quer dizer... São pessoas que sabem que vão evoluir, já perceberam, têm um insight da situação. Ou mais racional, numa fase mais precoce (que é raro! muito raro, como se vê...) ou numa fase um bocadinho mais... mais terminal (que também não é frequente, mas pronto). Mas é hopeless! Quer dizer... Não têm... Não é?

Não têm esperança! Quer dizer... Não é? Por isso é que eu lhe estava a dizer que o... que aquela gente jovem, que tem a doença com 30 e 40 anos, isso nunca me aconteceu, curiosamente, pedirem a eutanásia! Porque eu acho que eles têm muita esperança, não é?, que surja um medicamento. São mais... Não é? Como são novos e tal, ainda têm tempo, vai haver qualquer dia aí... vão à net e tal. Hoje em dia, claro... E, portanto, têm mais ligação à... a uma expectativa, não é? Quando a expectativa... Quando não há nenhuma expectativa, as pessoas já perceberam que não adianta, isso não vai dar nada, desligam. Uns desligam, quer dizer, no sentido em que não interagem e, portanto, não... Outros são um bocadinho mais ativos e pedem ajuda. Mas isso, como digo, também não é... não é frequente.

**E: E, dos pedidos que... que me descreveu, parecem-lhe ter sido todos... Já me falou que o grau de intervenção médica requerido também varia com... com o à-vontade que os doentes têm para lhe fazer um pedido, não é? Até que ponto é que lhe pedem, sobretudo, para prestar assistência ao suicídio ou para praticar a eutanásia?**

M: Eu não escalpelizo muito a coisa, porque de fato eu não avanço...

**E: Mas aquilo que lhe tem sido pedido, normalmente, é em que sentido?**

M: É no sentido de uma intervenção ativa, não é? No sentido de... Ou de ajudar... Quer dizer, é claro... É como eu digo, quer dizer... A coisa não é escalpelizada! Eu não sei se isto, noutro contexto, enfim... Se eu dissesse assim: olhe, está aqui uma caixa de medicamentos, tome esta noite! Eu acho que as pessoas não iam sentir isso minimamente aceitável, não é? As pessoas queriam... As pessoas queriam era uma coisa diferente, queriam que... ou no hospital, provavelmente, em casa não tanto. O médico fez em casa, mas é diferente. Vivía num bom meio, tinha, como já disse, uma filha enfermeira, etc., portanto, havia um contexto. Mas a maior parte das pessoas queria, com certeza (eu tenho a certeza disso), era virem para meio hospitalar e que, no contexto hospitalar, fosse efetuado, de forma ativa, o procedimento.

**E: E acha que estes pedidos que recebeu... Não os quantificámos, mas disse-me que já recebeu vários ao longo da sua vida profissional... Acredita que esses pedidos lhe colocaram alguns desafios aos valores que acompanham a sua prática clínica?**

M: Não... Não... Não colocaram, porque a gente, perante a nossa atividade clínica, temos que respeitar a lei. Não é? Isto não é uma questão... não está contemplado na lei e é um assunto que não põe desafio nenhum. Quer dizer, eu... eu compreendo as pessoas, não é? Tenho imenso respeito pelas pessoas, por isso é que me dedico a isto, se não dedicava-me a outra coisa qualquer. Tenho imenso respeito pelas pessoas, gosto das pessoas que têm esta doença, no sentido de que precisam de alguém que cuide delas. E, portanto, respeito isso e tal, mas... quer dizer, mas não me põe nenhum desafio intelectual ou de outra natureza, porque não é permitido por lei.

**E: Exato. Mas falou-me do ponto de vista legal. No entanto, quando lhe pergunto quais são os desafios é que os pedidos de morte medicamente assistida lhe colocam, estou a fazer-lhe esta pergunta do ponto de vista da valorização dos pedidos.**

M: Não... Vamos lá ver! Se fosse eu o legislador, naturalmente avaliava muito seriamente a replicação da lei, tal como está na Holanda e na Bélgica, em Portugal. Não é? Porque,

apesar de tudo, acho que há situações em que as pessoas têm o direito a abreviar o sofrimento. Depois podemos discutir é se é... Eu também não conheço a lei holandesa no detalhe para discutir ponto por ponto, mas podemos sempre discutir se podia ser adaptada à realidade portuguesa ou outra coisa qualquer. Mas, enfim... Mas eu acho que, se fosse legislador, é um assunto sério que devia ser considerado. Agora, naturalmente que eu compreendo as pessoas. Mas, quer dizer, não fico com nenhum sofrimento particular, não é? Porque eu acho que nós podemos aliviar as pessoas e o seu sofrimento sem, necessariamente, condicionar a morte de uma maneira ou de outra. Podemos, apesar de tudo, sempre melhorar os analgésicos, tentar melhorar o... E perante, enfim..., aquilo que existe legislado... Quer dizer, não... não... não... Mas eu compreendo as pessoas e partilho com elas o sofrimento! Não é uma falta de empatia! É simplesmente compreender que este é um caminho que não vale a pena sequer dissecar junto ao doente e, portanto, vamos ver que alternativas é que temos.

**E: Já me disse há bocadinho que o pedido mais significativo para si foi o do seu colega. Eu só não sei é porquê.**

M: Não... Por isso! Porque foi precoce, não é?, relativamente precoce. E porque foi de um médico, não é? Portanto, com um grande conhecimento técnico, não é? E, portanto, que podia discutir tecnicamente, de uma maneira muito mais adequada, qual era a melhor farmacologia... o melhor fármaco, a melhor via de administração e podia até discutir porque é que, de uma maneira muito técnica, porque é que esta era uma situação em que eu não... Ele não o fez! Não o fez! Mas podia ter discutido até porque é que, apesar de estar legislado, porque é que eu não o ajudava como colega. Podia ter posto esse problema. Não me pôs. E pelo fato, também, de depois ter recebido, como lhe tinha dito, um segundo telefonema da filha, já com tudo montado, não é? Só faltava a minha bênção, não é? E, portanto, nesse sentido foi, de fato, mais intimidador, se quisermos. Porque a situação foi... foi já apresentada com o prato feito, não é? Às tantas... Não é? Mas... mas, de qualquer maneira, mesmo neste caso... Enfim... Naturalmente, fiquei um bocado consternado, porque de fato era uma... Estava a ver que aquilo se ia passar, não é? E, de fato, a senhora podia encontrar uma situação de aflição aguda, que não sabia resolver muito bem, não é?, ou que não estava preparada. Ainda por cima era pai, não é? É preciso não esquecer esse pequeno apontamento. Mas, de qualquer forma, enfim... Mas... Quer dizer, mas eu tinha já estabelecido o meu limite de intervenção. Portanto, ela percebeu...

**E: É curioso que, mesmo sabendo a sua resposta, ela tenha...**

M: Não, isso é natural. Estava...

**E: A pedido ou sem ter sido pedido pelo pai. Não sei...**

M: Não... Pronto, estava aflita... Não é? Quer dizer... Ia fazer uma coisa para o pai, a pedido do pai, em respeito ao pai, mas é chato não ter nenhum apoio, outro, não é? É um bocado... Convenhamos que é uma situação bastante invulgar, não é? E não ter nenhum outro apoio, não é? E ela achou que eu faço tudo... eu faço tudo! Provavelmente era isso! Não mexe em nada, mas fique aqui para...! Devia ser mais ou menos isso.

**E: Seja complacente no silêncio, não é?**

M: Sim... Sim... Mas, enfim... Mas ao mesmo tempo que, se houver aqui uma situação que eu não controle, tem que me ajudar! Não é? Foi basicamente isso.

**E: Calculo que tenha sido um telefonema inóspito.**

M: Sim... Sim... Sim... Sim... Desagradável, até! Porque foi um prato... Foi... Como digo, foi já o... o... a política do fato feito, não é? Do fato consumado e agora vamos... Não está consumado, mas está preparado, a consumir-se e agora venha cá... E, portanto, isso é sempre muito desagradável, não é? Apesar de tudo... Mas, pronto, esse foi... foi... Devido às várias circunstâncias aqui expressas, é o... é o caso mais notório. Mas, sim, os outros também teriam o seu seguimento caso fosse possível, não é? Porque as pessoas, de fato, pareceram-me sinceras!

**E: E porque é que lhe pareceram sinceras? Pela forma com se expressaram?**

M: Sim! Pela forma como se expressaram, porque falaram com... com calma, com ponderação. Não foi em choro, não foi numa situação de desespero emocional momentâneo, não é? Quer dizer, foi uma... foi falado com calma, com ponderação, com... com... Via-se, não é?, que resultou de alguma reflexão e discussão. E, portanto, pareceu-me uma coisa muito estruturada.

**E: Eu calculo que a maioria dessas pessoas não tenha dito... não tenha feito o pedido mencionando o nome “eutanásia” ou outro nome qualquer...**

M: Não... não... não... não... não... não... não...

**E: Mas... Mas, normalmente, as pessoas dizem-no por outras palavras. Exemplos: ou ajude-me a morrer ou...**

M: Exatamente! Exatamente!

**E: Por isso mesmo, eu gostaria de lhe pedir que descrevesse como é que as pessoas o verbalizavam, na maioria dos casos. E, se possível, reproduzindo os seus diálogos...**

M: Disse-o bem! É o ajudar a morrer, não é? Quer dizer, não sei se foram exatamente sempre essas palavras, mas era o ajudar a morrer ou o muito equivalente a isso, que é a... a maneira como as pessoas se expressam! Não é? Dizem: não vale a pena viver, atingi o meu limite, eu gostava de morrer, ajude-me a morrer! Mas de uma maneira que não é uma maneira, como eu digo, com um distúrbio emocional, não é? Uma coisa é a pessoa chegar ao médico a chorar: e bahhh, quero morrer, ajude e tal... Não, isso é outra história! Não é disso que eu estou a falar, não é? Estou a falar de pessoas que aparecem já com uma... uma apresentação de um problema muito fatal. Muito concretas, muito calmas... Não é? É disso que eu estou a falar!

**E: Portanto, acha que há reflexividade na forma como o discurso lhe é apresentado em torno da morte medicamente assistida?**

M: Não... O que eu acho é que a pessoa, quando está numa situação de desespero, não se deve... não se deve valorizar. Aliás, está contemplado na lei desses países que é... que é uma situação de desespero, uma coisa que passa, como sabe. Não... Enfim... Outra coisa é quando a pessoa... vê-se que aquilo é uma coisa... uma decisão tomada em consciência, com ponderação. São coisas diferentes, não é?

**E: E no caso do do seu colega de quem me falou, ele tinha mais ou menos que idade?**

M: Na altura, uns [...] [> 60]!

**E: E disse-me que ele veio sozinho... Mas ele vivia sozinho? Não estava casado?**

M: Não me lembro agora...

**E: Não tem a noção?**

M: Não me lembro bem se não era viúvo... Não me lembro bem... Sei que vinha sozinho.

**E: Mas tinha apoio familiar? Acha que ele tinha apoio familiar, ou não?**

M: Tinha a filha, que era enfermeira. Nunca me lembro de o ter visto com a mulher. Admito que fosse viúvo ou qualquer coisa assim. Podia ser separado, não é? Mas... mas... Não sei porquê...

**E: Portanto a filha seria, neste caso, a principal cuidadora? Ou, talvez, a única...**

M: É...! Ele não precisava ainda... A ideia que eu tenho é que ele ainda estava relativamente autónomo, mas ele não queria era chegar ao ponto... Claro que o autónomo é sempre muito relativo. As pessoas adaptam-se, não é? Por exemplo, os doentes que têm falta de força nas mãos para pôr uma camisola ou uma camisa de botões... Não usam camisa de botões. Portanto, as pessoas vão-se adaptando, não é? Ou põem uns velcros aqui atrás... Há uns truques fantásticos! Os botões estão cá na mesma, mas não servem para nada... Portanto, as pessoas adaptam-se! Mas, quer dizer... Portanto, eu não estou a dizer que ele estivesse perfeito. Mas... mas não estava totalmente dependente.

**E: Ainda.**

M: Ainda...

**E: E ele... ele estaria a ser cuidado em casa?**

M: Pois, eu não sei se ele vivia sozinho. Isso eu não sei. Já foi há uns anos...

**E: Não, mas ele não estava internado.**

M: Não... não... não... não... não... Estava no seu domicílio. Agora, com quem vivia, não me lembro.

**E: E, na altura em que ele lhe fez o pedido, disse-me que foi feito numa fase muito precoce da doença. Portanto, ele teria ainda uma perspetiva de...?**

M: Teria, provavelmente, mais 2 anos. Talvez... 1/2 anos.

**E: Ai, também não era assim tão precoce!**

M: Mas a doença... É preciso ver que, depois dos primeiros sintomas, o tempo de vida é de 3 a 5 anos, não é? A gente... Para nós, ainda é uma fase... Não é precoce, precoce! É uma fase... é uma fase relativamente precoce. Quer dizer, não... não está... não é terminal, não é? Naquele doente... Portanto... É intermédio da doença, se quiser designar...

**E: Eu ia-lhe perguntar se sabia qual teria sido a causa de morte dele, mas não... mas já percebi que a filha...**

M: Presumo que foi... Presumo que foi isso! Presumo que fez! Estava tudo montado... Não estou a ver que tivesse desistido! Até porque eu nunca mais o vi! De maneira que presumo que...

**E: E a filha, viu-a?**

M: Não.

**E: Nem ela veio ter consigo, nem nada?**

M: Não. Presumo... presumo que até ficou zangada comigo, não é? O que eu compreendo! Portanto... Isso aí, tudo bem! Também não... Admito que ela não... não quisesse mostrar, não é? Porque, no fundo... Como sabe, isso é uma situação muito complexa! Não é? E portanto...

**E: Sim... Não é só ela que vive com um segredo. É também o Doutor...**

M: É uma coisa complexíssima! Não é? Imagine que...

**E: Até para si é incómodo, porque ela veio ter consigo.**

M: Até preferia que não tivesse vindo! Mesmo! Imagine que um profissional de saúde, numa atitude qualquer (que também seria muito discutível) telefona para uma instituição policial e diz que tem conhecimento ou suspeita... Bem, isso era uma coisa...! Não é? (risos) Está a ver, não é? O que é que isso significava em termos legais... Toda uma trapalhada...! Portanto, foi... A melhor maneira que ela fez foi não aparecer!

**E: Sim, mas se aparecesse, eu também acho que o Doutor ia fingir que nada se tinha passado.**

M: Não... Claro! Mas quer dizer... Mas está a ver...? Mas ela não sabia com quem é que estava a lidar, não é?

**E: Por isso é que eu acho estranho que ela tenha...**

M: Estava em desespero! Estava em desespero! Telefonou em desespero! Mas, depois... Uma vez resolvido o problema, não ia agora, não é?, expor-se, não é?, perante uma situação destas. É muito... muito complicado!

**E: Mas também o deixou, a si, numa situação complicada. Eu acredito...**

M: Não...! Não me deixou! Não me deixou de forma nenhuma! Então, ela pede-me uma coisa que legalmente não posso fazer! Então, se alguém me telefonar a dizer: venha roubar um banco comigo! E eu digo que não. Fico numa situação complicada? Não fico numa situação nada complicada!

**E: Não, não, não! Complicada no sentido...**

M: Não... Tive pena! Quer dizer, obviamente...! Não é? Enquanto médico, tive pena que a situação atingisse aquele patamar. Agora... Complicado? Não! Porque, quer dizer, agi em conformidade com todos os parâmetros deontológicos e legais.



**E: Não, não estou a a falar do ponto de vista legal.**

M: Não, não...! Não, não...! Mesmo deontológicos! Mesmo deontológicos! Eu sou da Ordem... Mesmo deontológicos! Eu, pela Ordem e pela... pelas normas deontológicas, não podia! Não posso! A eutanásia não está prevista nos códigos da Ordem dos Médicos. Portanto, eu não... E, portanto, eu de acordo... Não é só legal! Deontológico! Não... Agi corretamente! E, portanto, não fiquei nada perturbado. Agora... agora... Tive pena! Tive pena!

**E: Eu percebo que tenha ficado perturbado com o contexto em que surgiu o pedido de eutanásia, porque a situação em si é perturbadora. Não pela sua atitude!**

M: Não... Mas claro! Não, não... Tive pena! Claro! Tive pena! Quer dizer, é desagradável o telefonema: venha cá porque, de fato, está tudo preparado! Mas não é isso. Mas... mas tive pena, naturalmente, que a pessoa chegasse a esse ponto. Não é? Não hei de ter pena? Com certeza que tenho pena ou comiseração ou simpatia pela situação, solidariedade, como quiser designar. Mas, quer dizer... Naturalmente tive sentimentos em relação a isso. Agora... Mas, quer dizer... Não tenho nenhuma dificuldade decisória, não é?

**E: E, em relação ao pedido do seu colega em concreto, a conversa sobre a eutanásia que vocês tiveram foi uma única conversa? Ou ele ainda tentou introduzir o tema da morte medicamente assistida antes de lhe fazer o pedido expressamente?**

M: Do que eu me lembro, ele foi muito direto! Quer dizer, não me recordo agora...

**E: Recorda-se de que assuntos é que falaram? O que é que discutiram?**

M: Não, não me recordo... A ideia que eu tenho é que foi um assunto muito direto! Foi uma conversa direta: quero falar consigo, tenho esse problema...! Quer dizer, não me lembro de... de haver grandes introduções.

**E: Portanto, ele foi muito...?**

M: Sim, muito concreto! Uma pessoa que tem uma ideia... Um indivíduo racional! Os anglo-saxónicos são muito assim, não é? Os portugueses é que não tanto, não é? Mas, no mundo anglo-saxónico, é muito vulgar uma pessoa perante esta doença pôr logo, concretamente, exatamente o que é que vai acontecer. Eu tenho tido pouquíssimos doentes assim!

**E: Que queiram saber?**

M: Sim! Sim! Que querem saber em detalhe toda a progressão. Tenho tido pouquíssimos! Já tive, mas não é frequente! No mundo anglo-saxónico é muito mais, não é? As pessoas querem exatamente saber com o que é que contam para organizar a vida.

**E: Mas, depois, não acredita que as pessoas vão ver à internet exatamente como é que a pessoa fica? Mesmo não lhe perguntando...**

M: Mas sabe que a internet é o... é o sítio pior para se ir, porque... Em geral, quer dizer...! Porque a pessoa não sabe... não pode saber ou, pelo menos, tão... tão bem quanto eu, embora também tenha limitações, como é evidente, o tempo de sobrevida. Porque eu tenho uma noção se aquele doente vai progredir rápido ou lento, não é? Percebe? Devido à minha experiência e ao fato de que, quando eu vejo um doente, vejo os sinais clínicos,

etc., tenho uma ideia mais concreta da progressão. E a informação que eu posso prestar, em princípio, é mais adequada àquele caso do que aquilo que vão colher à internet. Não é? Eu já tive doentes a desesperar, chorar, que iam morrer com a doença e eu os informei que a forma de apresentação deles e a forma de progressão é muito benigna e, portanto, eles iam ter uma longa progressão. E... e é verdade! Acertei na maior parte dos casos. Naturalmente que posso ter errado nalgum, não sei. Mas... mas acertei num sentido e as pessoas de fato... Pronto, e a pessoa vai à internet ver... Portanto... Não é? Também pode acontecer o contrário! A pessoa ter uma evolução mais rápida do que está na internet. (risos) Isso é outra história! Mas aí eu tenho que dizer que é o que está na internet. Mas... mas... mas enfim... mas pronto... Mas, de qualquer maneira, as pessoas vão à internet e tudo isso. Mas, no geral, ainda gostam de... Mesmo no mundo anglo-saxónico, gostam de ter a impressão do médico acerca da... do que é que pensa naquele caso específico, no seu caso!

**E: Mas perguntar-lhe exatamente... No caso deste doente ele não perguntou. Ele fez o filme dele.**

M: Não... Sim! Sim! Ele fez o filme dele. Exatamente! Ele não... não me perguntou...

**E: Pelo que eu percebi...**

M: Sim! Fez o filme dele.

**E: Portanto, ele não estava muito preocupado com o fato de estar na fase intermédia ou numa fase ainda relativamente precoce da doença.**

M: Não... não... não... não...

**E: Ele sabia qual era o fim que ia atingir.**

M: Sim! Sim! Sim! Sim! Concordo consigo.

**E: Portanto, até lá chegar, ele não queria passar por isso...**

M: Sim! Sim! Sim! Sim! Sim! Sim! Sim! Sim!

**E: Não ele queria viver esse processo.**

M: Exatamente! Exatamente! É exatamente isso!

**E: Foi o que eu percebi do que me disse. Acha que a forma como... como ele lhe fez o pedido de eutanásia se... se alterou, por exemplo, não o fazendo mais diretamente ao longo do tempo? Ou ele nunca mais voltou a falar nesse assunto?**

M: Não... Aliás, eu tenho ideia que ele... Não sei se voltei a vê-lo mais do que uma vez ou... Não sei. Já não me lembro bem.

**E: Mas ele ainda estava numa fase relativamente precoce... Ai, ele atuou numa fase precoce!**

M: Pois... Exatamente!

**E: Mas quando a filha...**

M: Foi passado uns meses!

**E: Mas quando a filha, por interposta pessoa (neste caso, o pai), lhe faz um pedido... Aquilo que ela lhe estava a pedir era equivalente àquilo que o pai lhe tinha pedido?**

M: Sim... sim... Tal e qual! A mesma coisa! E foi pouco tempo depois... Foi uns meses! Quer dizer, não me lembro exatamente, agora, quantos meses é que foi. Mas foi um tempo depois. Não foram anos depois, não é? Foi um tempo depois. Uns três meses ou... Penso que até... Nem sei se voltei a vê-lo na consulta. Já não tenho ideia. E... e portanto... portanto, foi uma coisa rápida. Foi uma execução rápida.

**E: E a filha fez-lhe o mesmo pedido de eutanásia nos moldes que o pai o tinha feito? Ou fê-lo de maneira diferente?**

M: Não... Fez nos moldes um bocado mais concretos, quer dizer: eu já tenho aqui isto e tal, venha-me cá ajudar e tal, se puder e tal...! Ou: está disponível para...! Eu já não me lembro das palavras que usou, não é? Mais ou menos a mesma coisa. A mesma vontade... A determinação era a mesma!

**E: Disse-me que se tinham passado alguns meses... Portanto foi, mais o menos, o tempo desde que ele lhe fez o pedido até que percebeu que ele desapareceu, não é?**

M: Pois... pois... Não! Não! E depois não voltou mais! Como é evidente! Mas... mas quer dizer, entre o pedido e ter recebido o telefonema, foram uns meses. Agora não sei exatamente quantos... Três ou quatro, talvez.

**E: Disse-me que o pedido foi muito direto. Mas isso significa que foi explícito?**

M: Sim! Então... Claro! Há bocado expliquei-lhe isso... Quer dizer... Era um médico! Pôs o problema em concreto!

**E: Hm hm. Já me disse que interpretou os pedidos que recebeu como sendo pedidos que derivam de hopeless, da falta de esperança e da inexistência de projeção futura da pessoa no tempo, mas, que razões é que identificou para... para este seu colega doente lhe ter dirigido um pedido de eutanásia? Ou como é que interpretou...?**

M: Não... não interpretei... É um indivíduo racional, sem... sem esperança, não... a vida já não lhe dizia muito, com esta doença, se calhar, ainda menos. Racionalizou! Não...

**E: Ele não apresentou razões?**

M: Não... Não... Ele não disse: eu estou falido ou porque tenho também um carcinoma do pâncreas ou...! Não...

**E: Não, não, não...! Razões em relação à sua doença! Razões para lhe ter feito este pedido. Porque estes pedidos...**

M: Não, isso podia ter fatores associados, não é?

**E: Ah, sim, que não tivessem diretamente a ver com o...**

M: Podia dizer: olhe, eu também por acaso estou falido! Ou: por acaso vou ser despejado de casa. Podia ter fatores associados, não é? Às vezes são... As pessoas resultam não de um problema, mas de vários. Enfim... Ou: a minha filha vai-se divorciar! Ou: o meu neto

morreu! Ou... E ele não...! Era... Pareceu-me... Que ele tivesse dito, não é? Agora, eu não estava... Do que... Do que me disse, era só isso! Era a doença!

**E: Mas de que forma é que ele interpretava a doença para querer morrer com a sua ajuda?**

M: Ele sabia que ela ia progredir, que ia ficar incapacitado e não queria atravessar esse... Acabou de dizer isso. Não queria atravessar este... estes momentos de sofrimento. Queria antecipar! Não é? Se eu tiver um carcinoma do pâncreas... Não é? Eu sei que tenho seis meses de vida, a menos que seja miraculoso. Não é? Tenho aqui uma... E, portanto... E vou passar por citostáticos, não sei quê... não sei quê... Vou ficar careca, vou vomitar, vou... vou andar doente, vou... Pronto... A pessoa diz: ai, eu não estou para isso!; eu já... não vou... não vou... não vou andar assim!; pronto, tenho um carcinoma, tive azar, enfim, é uma chatice, mas pronto... Não! Admito que haja pessoas que pensem nesses termos!

**E: Já me disse que, do ponto de vista legal, há aqui uma interdição que tem que ser respeitada. E, do ponto de vista deontológico, também... Obviamente! Mas sustentou a sua resposta negativa a este pedido de eutanásia em bases legais e deontológicas?**

M: Em bases legais e deontológicas!

**E: Ou como é que...?**

M: Em bases legais e deontológicas!

**E: Essas bases foram aquilo que fundamentou a sua decisão de rejeitar o pedido?**

M: Sem dúvida! Sem dúvida!

**E: Eu faço-lhe a pergunta porque me disse que, quando teve de tomar essa decisão, a tomou sozinho. Eu penso que não...**

M: Claro que estava sozinho! Na sala... Tomei eu, sozinho...! Não fui ouvir a opinião de ninguém lá de casa, mas quer dizer... mas isso... Quando a gente... O problema é o seguinte: não vale a pena a gente estar a mastigar com um doente outras razões, quando há uma razão que elimina liminarmente o problema! A menos que você lhe queira causar mais sofrimento na... na discussão, não é? Você diz assim: olhe, eu não posso, mas se eu pudesse, olhe, eu... eu acho que tem toda a razão, eu arranjava-lhe aqui uma morfina, ia lá...! Não vale a pena! Quer dizer... É... é criar sofrimento onde não há... Ainda! Há algum, mas não há ao nível de estarmos a discutir detalhes quando... Não é? Isso é a mesma coisa que você ir agora a um stand, não tem dinheiro para um Maserati e está a discutir com o homem como é que são as condições de pagamento, de preço, qual é o...

**E: Sim... Não avança na...**

M: Não faz sentido! Quer dizer... É perca de tempo! E é sofrimento para o doente! É sofrimento para o doente! Não tenho nenhuma razão para... para estar a entrar nesses detalhes se o assunto fica logo arrumado à partida.

**E: Quando tomou a decisão de rejeitar o pedido de eutanásia, quais considera terem sido as experiências mais positivas e as experiências mais negativas que viveu em relação ao contexto em que esse pedido foi feito e ao doente?**

M: (silêncio) Não sei... Quer dizer... É sempre desagradável não..., do ponto de vista teórico, conceitual, não poderemos satisfazer todos os pedidos dos doentes, não é? E, portanto, este... Pronto!

**E: Sim... Mas este, em concreto, é um pedido diferente.**

M: Claro! Mas pronto... Mas, do ponto de vista conceptual, podemos admitir que é sempre desagradável não poderemos continuar uma discussão com um doente ou satisfazer um pedido. Bem... Portanto, nesse sentido é desagradável! Não é? Não fico particularmente agradado por dizer que... Quer dizer... É um fato concreto! Quer dizer... Aqui não... não... não vale apenas destilarmos todas as essências desse problema, porque a decisão é linear. Quer dizer, não... não... é linear! Quer dizer, não... não pode, não pode! E, portanto, não há discussão sobre esse tema.

**E: E quando lhe respondeu negativamente, nesse contexto, quais foram as suas principais preocupações ou inquietações ao cuidar do doente?**

M: A única inquietação é: o doente pediu-me, porque está com algum desconforto, não é? Um desconforto que tem a ver com coisas que eu não posso resolver, que é a progressão da doença e a incapacidade motora. Não posso resolver, se não já tinha descoberto a cura! Não é? Mas há coisas que eu posso resolver! Eu tenho que tentar perceber se se é... É por dor? É por abundância de sialorreia? É porque está obstipado? E já não... e já... Olhe que há coisas ridículas, dessas, que são verdadeiras! É porque, de fato, está muito dependente do marido ou da mulher e seria possível, junto da assistente social, arranjar uma pessoa que fosse lá a casa umas horas para dar alívio? Portanto, temos é que tentar perceber se há ali algum fator, não é?, suplementar que possa trazer algum conforto ao doente. Porque os dois pontos primeiros, que é a incapacidade motora e a dependência funcional, isso... não podemos fazer nada!

**E: Mas não o inquietou o fato de ele nunca mais ter aparecido?**

M: Não! A gente tem consultas de três em três meses, não é? E é o habitual das consultas de Esclerose Lateral, por acaso, em qualquer parte do mundo. Que é uma espécie de standard internacional. E, portanto, se a possa demora três meses e não aparece é porque, se calhar, não... não chegou a altura da consulta, não é? Portanto, depois... depois ficou claro o que é que aconteceu.

**E: E como é que se sentiu na altura em que este pedido de eutanásia lhe foi feito?**

M: Pronto, isso é o que estávamos já a... a... a explicar. Senti exatamente isso! Quer dizer, não posso do ponto de vista conceptual...

**E: Não... Como é que se sentiu você mesmo?**

M: Não... É um desafio! Mas, quer dizer... Mas... mas é um desafio cuja... cuja a resposta, como disse, é linear. Não é? Mas é um desafio, ok! Está-me a pôr um problema que eu, infelizmente, não o posso ajudar. Expliquei que não ia ultrapassar as minhas limitações deontológicas e de regra deontológica e de legislação. E pronto... Não fiquei assim... Se não me tivesse perturbado alguma coisa, não estava com essa conversa, não me recordava sequer da história! Não é? E, portanto, naturalmente causou alguma... alguma angústia ver que a pessoa está em tanto sofrimento e tanto... e que, de forma tão antecipada, decide

eliminar a sua vida. Portanto, causa sempre alguma angústia! Agora, não é uma angústia de... quer dizer, se a minha decisão foi correta ou incorreta. Não... A angústia é de ver a pessoa em sofrimento!

**E: Sim, causou-lhe angústia... Mas afetação emocional?**

M: Não... Nenhuma! Enfim... A angústia é um tipo de emoção! Mas pronto... Mas, de qualquer maneira, não fiquei perturbado ou frustrado ou... ou indeciso ou... Não, não é isso! Mas recordo porque, pronto, vejo: olha, este indivíduo está em tanto sofrimento e é tão racional que tomou essa decisão antecipada.

**E: E alguma vez sentiu necessidade de falar com alguém ou de partilhar este pedido de eutanásia que recebeu?**

M: Não.

**E: Nunca partilhou nem discutiu o caso, quer... quer em contexto profissional quer em contexto pessoal? Nunca sentiu essa necessidade?**

M: Ouça... Eu não me lembro se... Eu não me lembro se contei a alguém esta desventura, mas... mas não senti necessidade de ir trocar impressões técnicas ou mesmo de ter uma espécie de aconselhamento espiritual ou... Isso seguramente que não. Agora se contei na altura... Já não me lembro. Não tenho ideia...

**E: Porquê? Porque é que acha que isto não foi um assunto... Porque eu acredito que discuta alguns. E este não sentiu necessidade de discutir porquê?**

M: Porque isto não é um problema científico ou de diagnóstico técnico. É um problema...

**E: Mas é um problema moral!**

M: Não... É um problema deontológico. É um problema de... da... da... da civilização ou sociedade, se quiser, onde estamos. Enfim... Eu posso discutir o problema da eutanásia, o problema da morte assistida em termos das civilizações ocidentais e tal. Agora, este é um problema de um sujeito, enfim..., cuja a resposta tinha que ser a mesma, enfim..., para qualquer outro e, portanto, não... não... não senti nenhuma necessidade de discussão em especial. Seguramente... Não estou a dizer que não tenha falado, mas quer dizer... mas não senti...

**E: E discutiu a morte medicamente assistida, sem falar deste pedido de eutanásia em concreto? Sentiu necessidade de o fazer?**

M: Não... Não...

**E: Se me pudesse descrever a sua relação com o doente... Porque ele antes de ser doente era seu colega. Portanto, que relação é que tinha com o doente/médico?**

M: Eu não o conhecia, não é? Eu não o conhecia enquanto colega. Conhecia-o enquanto doente. Só que, quando lidamos com um colega, naturalmente, não vale a pena ser tão doce. Quer dizer... É claro que sou sempre... tento sempre ser doce com a notícia da doença, não é? Mas, enfim... As pessoas sabem, não é? Quer dizer... Em princípio, as pessoas sabem o que é uma Esclerose Lateral Amiotrófica. Em princípio! Já vi coisas bizarras, mas... mas, em princípio, as pessoas sabem o que é uma Esclerose Lateral

Amiotrófica. E, portanto, não vale a pena estar a... estar com... Até porque posso falar no nome técnico, não é? Podia dizer que é uma degenerescência das células motoras, que morrem e tal. Portanto, não preciso de ser tão detalhado em termos...

**E: Sim, atribui-lhe o nome.**

M: Pois...

**E: E que relação é que tinha com o doente? Disse-me que não o conhecia enquanto médico, mas se tivesse que descrever a vossa relação...**

M: Não... Veio-me consultar. Consultei-o. Eu também faço eletromiografia. Fiz eletromiografia, confirmei o diagnóstico e falei com ele. E fiz as coisas que são obrigatórias fazer: avaliação respiratória, etc., etc.

**E: Portanto, descrevia a vossa relação como sendo uma relação ainda muito... muito... muito... prematura?**

M: Sim... Sim... Sim... Eu tinha tido muito poucas consultas com ele. Tinha tido uma ou duas. Tinha tido... Antes disso, tinha tido muito poucas consultas com ele.

**E: Por isso é que é ainda mais estranho que o pedido tenha sido precoce. Até porque não havia uma relação prévia!**

M: Mas é médico! Percebe? É uma pergunta... Ele pôs a coisa...

**E: Ah, acha que isso...?**

M: Sem dúvida!

**E: Acha que isso desbloqueia?**

M: Sim! Sim! Foi uma coisa técnica, não é?

**E: E ele era médico de que especialidade clínica?**

M: Eu acho que ele era... não me lembro bem se era de [—] ou de [—]. Mas era... penso que era por aí...

**E: Pois, podia haver alguma identificação até na especialidade. Não sei...**

M: Não! Não! Não! Não era neurologista. Não, não era. Não era neurologista. Mas... mas é a mesma coisa que eu chegar a um colega meu e dizer: olha, eu acho que eu tenho aqui uma dor no...! Não é a mesma coisa, mas enfim: eu tenho aqui uma dor no ligamento externo do joelho e, portanto, acha que devo infiltrar e tal? Portanto, põe este... Mas não é a mesma coisa! Mas ele põe... pôs... pode pôr as coisas no mesmo tom. Portanto, era uma coisa técnica! Não é?

**E: Falou mais de igual para igual...**

M: Sim.

**E: E como é que o descreveria como pessoa?**

M: Era um indivíduo calmo. Pareceu-me apropriado... Apropriado. Muito equilibrado!

**E: Na altura em que lhe fez o pedido de eutanásia, ele pareceu-lhe... Se tivesse que o descrever, como é que o faria? Ele parecia-lhe uma pessoa extremamente racional? Há bocadinho disse-me isso...**

M: Sim... Sim... Sim... Sim... Perfeitamente!

**E: Acredita que a pouca relação (porque me disse que ainda só tinham havido dois ou três contatos em consulta) que tinham previamente estabelecido foi alterada pelo fato de o pedido lhe ter sido feito?**

M: Não...

**E: Quer dizer, também não houve muito tempo para a alterar, porque...**

M: Não houve...! Porque eu penso que ele nunca mais voltou. Mas, de qualquer maneira, não... não vejo como alterasse!

**E: Mas, pelo menos, naquele momento ou durante a mesma consulta...**

M: Não... Fiz a consulta normal. Avaliar as forças e tal... Já não me lembro muito bem como é que decorreu o resto da consulta, como imagina, mas... mas...

**E: Sim... Mas a atitude dele perante si alterou-se?**

M: Compreendeu-me... compreendeu-me... Provavelmente ele faria o mesmo, se fosse eu.

**E: No sentido inverso, não é?**

M: Pronto... Pareceu-me...

**E: Portanto, não sentiu que a vossa relação se tenha alterado?**

M: Não... Não sinto. Alterou porque ele, depois, provavelmente não apareceu mais. Mas, quer dizer... Mas durante o resto da consulta ele foi normal.

**E: Disse-me que ele vinha sempre sozinho às consultas. Mas, depois, a filha apareceu num momento mais à frente do tempo?**

M: Não... Não... Como lhe disse, eu nunca falei com a filha, exceto ao telefone!

**E: É isso que eu lhe ia perguntar. Portanto, ela apresentou-se foi como filha daquele senhor que lhe tinha feito um pedido de eutanásia?**

M: Sim! Sim!

**E: Mas teve quaisquer interações com a filha?**

M: Não! Não! Não! Nem antes nem depois! Não...

**E: E não considera inóspito ela ter-lhe ligado e ter-se apresentado para o efeito sem nunca a ter conhecido pessoalmente?**

M: Então, mas eu já lhe disse que é um bocado... Há bocado tinha dito que é um bocado desconfortável esta coisa, não é? É um bocado... Uma pessoa fica admirada, mas pronto...

**E: Porque nunca a tinha conhecido pessoalmente...**

M: Com certeza...

**E: Há bocadinho disse-me que fez aquilo que devia fazer, que... que não tinha... Ou seja, que a angústia lhe é causada pelo sofrimento do doente, mas não pela decisão que tomou.**

M: Com certeza...

**E: Mas, se pudesse tomar uma decisão novamente, faria alguma coisa de diferente?**  
M: Não! Não! Perfeitamente o mesmo!

**E: Queria fazer-lhe só mais duas perguntas finais que não têm a ver com este pedido de eutanásia em concreto, mas com a sua perspetiva pessoal da morte medicamente assistida. Gostava que me dissesse de que forma é que, para si, a eutanásia e/ou o suicídio medicamente assistido se enquadram no seu papel enquanto médico.**

M: É como eu digo...! Isto é um assunto que deve ser repensado pela sociedade, pelo... nomeadamente pelo legislador e pela Ordem dos Médicos, enquanto estrutura reguladora da classe. Deve ser repensado... Não deve ser completamente ostracizado para sempre, não é? Isso é um assunto que deve ser repensado! Porque se há pessoas que têm doenças terminais...! As pessoas hoje estão mais bem-informadas do que estavam no século passado ou há dois séculos, não é? Estavam... estão mais bem-informadas e as pessoas dão direito a tanta coisa, não é? Dão direito a tudo... Porque razão não hão de dar direito a pensar se a sua vida vale a pena existir perante o sofrimento que possam ter? E, portanto, isso parece-me que a sociedade vai ter que repensar, não é? Porque não se pode, por um lado, dar toda a liberdade, também, do mundo para se fazer tudo nalguns aspetos e, depois, noutros a pessoa não tem qualquer liberdade, não é?, ou qualquer... ou, pelo menos, a perspetiva de a ter sequer. E, portanto, eu acho que isso deve ser repensado pela sociedade! É um assunto que me ultrapassa, como deve imaginar... Mas acho que a sociedade deve... deve ponderar isso. Indiscutivelmente.

**E: A sociedade, sim... E, para si, estes dois procedimentos (se é que os posso chamar assim, como os chamou anteriormente) enquadrar-se-iam na sua perspetiva pessoal enquanto médico? Ou não?**

M: Se... Vamos lá ver! Se está-me a perguntar se... se a legislação o permitisse, não é?, e se a Ordem dos Médicos o permitir, no enquadramento certo, portanto, como seu eu estivesse a viver na Holanda ou nos Estados Unidos... Se eu estivesse a viver no Oregon e, portanto, se aí estivesse, eu não tinha nenhum problema em aceitar que alguns doentes têm direito. Eventualmente... Não sei se seria essa a minha vocação. Isso é outra questão! Isso teria que pensar... Eventualmente... Mas não teria nenhum problema, à partida, de... Não teria nenhum problema à priori, nenhum preconceito, em poder ajudar as pessoas no seu sofrimento. Não tinha nenhum problema se o enquadramento fosse esse! Não tinha nenhum problema!

**E: E acha que... que a sua perspetiva é semelhante para a eutanásia e para o suicídio medicamente assistido? Ou acha que...**

M: Acho que é igual.

**E: Porque envolve graus de intervenção médica distintos, eu pergunto-lhe se a sua perspetiva para enquadrar ambas as práticas era, ou não era a mesma.**

M: Não... A minha era a mesma! Quer dizer, eu não faço aqui uma distinção rígida! O que eu acho é que o que é mais importante, a meu ver, é que... expressar que, perante as circunstâncias adequadas, eu não teria nenhum problema, nenhum preconceito, pelo menos, em... em considerar que estaria disponível para ajudar as pessoas nesse sentido.

**E: E acha que a experiência de já ter recebido pedidos de ajuda médica para morrer ao longo da sua vida profissional alterou, de alguma forma, a sua perspetiva sobre a morte medicamente assistida?**

M: Eu acho que alterou a perspetiva de que há pessoas que sofrem muito, não é? Um médico que trata de entorses ou de dores de cabeça não tem essa perspetiva, com certeza. Não é? E portanto... Ou um dermatologista, que não trate de melanomas, que também não... que seja um dermatologista cosmético também não tem essa perspetiva. E até um cirurgião plástico... Portanto, há pessoas que estão em grande sofrimento, não é?, com quem os oncologistas, eu próprio e outros, com certeza, nos cruzamos. E que, de fato, o sofrimento às tantas pode ser insuportável para algumas pessoas. E as pessoas têm alguns direitos. Ou deve ser considerado que possam ter alguns direitos. E... e, nessa perspetiva, sim! Porque tenho experiência do sofrimento das pessoas. Sem dúvida!

**E: Então acha que alterou no sentido de reforçar a sua perspetiva inicial ou alterou no sentido de lhe colocar alguma salvaguarda naquilo que era a sua posição inicial?**

M: Não... Quando eu era jovem... quando eu era estudante e jovem médico, enfim..., que eu já estou na Neurologia há muito tempo, não... não tinha uma posição. E, portanto... E, portanto, a minha posição atual foi, naturalmente, moldada pela vivência. Portanto, a vivência traduz que vejo o sofrimento das pessoas. Neste sentido, considero que a eutanásia ou a morte medicamente assistida devem ser ponderadas pela sociedade dos países ocidentais, no geral.

**E: Antes de terminar esta entrevista queria-lhe só perguntar (e responda-se apenas sim ou não; não quero saber nomes, não quero saber mais nada...), se conhece, para além de si, algum outro médico que tenha recebido pedidos de eutanásia e/ou de assistência médica ao suicídio.**

M: Não... Não conheço! De... desta doença, não conheço! Não quer dizer que não haja...

**E: Desta ou de colegas que tenham partilhado consigo as suas experiências.**

M: Não... Não... Não... Porque eu não lido... Não... não lido... não lido com oncologistas. E, portanto, não... Não lido, quer dizer... conheço-os, mas não... A resposta é não.

**E: Hm... hm...**

M: Tatiana, eu tenho que me ir embora. Estão à minha espera para uma reunião.

**E: Ok, deixe-me só... Ai, está tudo!**

M: Então, pronto, está bem!